

УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ФАКУЛЬТЕТ НАУК ПРО ЗДОРОВ'Я
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА У
ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ
ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ**

**Виконала: студентка 6-го курсу, групи ЗСР 21/М
спеціальності 231 «Соціальна робота»**

Довганик А. О.

Керівник Назар Н. І.

Рецензент _____

ЛЬВІВ - 2023

Довганик А. О. Особливості роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій: Магістерська робота (231 “Соціальна робота”)/ А. О. Довганик / Український католицький університет. Кафедра педагогіки та соціальної роботи; Наук. кер: Назар Н.І. - Львів: УКУ, 2023. - 80 с.

Анотація. У магістерській роботі розкрито теоретико-методологічні засади соціальної роботи із особами, що постраждали внаслідок воєнних дій. Проаналізовано вітчизняний та закордонний досвід діяльності соціального працівника у комплексній реабілітації в закладах охорони здоров'я. У практичній частині дослідження проаналізовано досвід пілотного проєкту “Комплексна реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій” у відділенні фізичної реабілітації Першого територіального медичного об'єднання міста Львова. Акцент дослідження - на роботі соціального працівника у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди закладу охорони здоров'я у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій. В емпіричній розвідці реалізовано стратегію “дослідження в дії” при безпосередній участі авторки магістерської роботи у згаданому проєкті.

Ключові слова: соціальна робота у сфері охорони здоров'я, мультидисциплінарна команда, комплексна реабілітація, соціальний працівник, заклад охорони здоров'я, дослідження в дії.

Abstract. The paper reveals the theoretical and methodological principles of social work with persons injured because of war. The domestic and foreign experiences of the social worker practice in the comprehensive rehabilitation in health care institutions are analyzed. The experience of the pilot project "The comprehensive rehabilitation of persons injured because of war", based on the Physical Rehabilitation Department of Lviv First Territorial Medical Association, was analyzed in the practical part of the study. The focus of the study is on the social worker job as a part of the multidisciplinary rehabilitation team of a health care institution in the process of comprehensive rehabilitation of persons injured because of war. The empirical part implements the action research strategy with the direct participation of the paper author in the project mentioned above.

Key words: social work in health care, multidisciplinary team, comprehensive rehabilitation, social worker, health care institution, action research.

Перелік скорочень:

БО - благодійна організація

ВПО - внутрішньо переміщена особа

ГО - громадська організація

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я

ЗУ - Закон України

КМУ - Кабінет Міністрів України

МДРК - мультидисциплінарна реабілітаційна команда

НСЗУ - Національна служба здоров'я України

ОВА - обласна військова адміністрація

ОПВВД - особи, що постраждали внаслідок воєнних дій

ПТМО м. Львова - Перше територіальне медичне об'єднання міста Львова

СЖО - складні життєві обставини

УБД - учасник бойових дій

УКУ - Український католицький університет

ФСР - фахівець соціальної роботи

ЦНАП - центр надання адміністративних послуг

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ	9
1.1. Актуалізація основних понять дослідження.....	9
1.2. Аналіз теоретичного підґрунтя соціальної роботи у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.....	13
1.3. Особливості соціальної роботи у сфері охорони здоров'я у деяких країнах: короткий ретроспективний огляд	16
1.4. Законодавче регулювання у сфері комплексної реабілітації та роль соціальних працівників у цьому процесі в Україні.....	21
Висновок до першого розділу	28
РОЗДІЛ 2. ДОСВІД РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТУ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ, У ВІДДІЛЕННІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПЕРШОГО ТЕРИТОРІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ОБ'ЄДНАННЯ ЛЬВОВА	30
2.1. Алгоритм роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД у мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту	30
2.2. Фокус-групове дослідження щодо особливостей роботи соціального працівника в мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту. Методологія емпіричного дослідження.....	41
2.3. Аналіз емпіричного дослідження. Рекомендації щодо діяльності соціального працівника у мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.....	45
Висновки до другого розділу	54
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59
ДОДАТКИ	65

Вступ

Професійна діяльність соціального працівника полягає, серед іншого, у наданні соціальних послуг. В Україні у цілому соціальний захист населення, який включає й соціальні послуги, забезпечується органами державної влади та місцевого самоврядування із залученням різних неурядових організацій. Останнім часом діяльність фахівців соціальної роботи (ФСР) виходить далеко за межі соціального захисту та соціальної сфери загалом і поширюється на інші суміжні галузі, наприклад, на сферу охорони здоров'я. Це не викликає здивування: світовий досвід підтверджує, що соціальна робота має тісну інтегровану взаємодію з охороною здоров'я та вирішенням проблем здоров'я населення.

Згідно з Конституцією України (Стаття 3, 1996): *“Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю”*, а соціальний працівник допомагає у втіленні положень основного закону України (ЗУ). Соціальний захист населення та зокрема діяльність ФСР регламентується Законами України, проте роль соціального працівника у сфері охорони здоров'я на законодавчому рівні чітко не врегульована. Така ж ситуація із практичною діяльністю: соціальних працівників у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) майже немає. Сьогодні соціальна робота у сфері охорони здоров'я - це розпорошена діяльність різних структур та організацій, які не мають чітко сформованих цілей та завдань. Водночас необхідність у такій професійній діяльності зростає, особливо після повномасштабного російського вторгнення в Україну 24 лютого 2022 року.

Російсько-українська війна розпочалася у 2014 році після анексії Автономної Республіки Крим та початком бойових дій в окремих регіонах Донецької та Луганської областей. За оцінкою Офісу Комісара ООН з питань прав людини з 14 квітня по 31 грудня 2021 року загинуло більше 14 000 осіб і отримали поранення від 37 000 до 39 000 осіб (Conflict-related civilian casualties in Ukraine, 2022).

У лютому 2022 року Збройні сили Російської Федерації лише погіршили критичну ситуацію, здійснивши повномасштабне вторгнення на територію

України, зокрема у Київську, Чернігівську, Сумську, Харківську, Луганську, Донецьку, Запорізьку, Херсонську, Миколаївську області. Згідно з даними Моніторингової місії з прав людини ООН, в період з 24 лютого по 7 листопада 2022 року офіційно зафіксовано 16462 жертви воєнних дій серед цивільного населення: 6490 осіб вбито та 9972 – поранено. Проте це дані лише з місць, куди Моніторингова місія має доступ; реальна кількість жертв значно вища (Ukraine: Civilian casualty update, 2022).

Окрім осіб, що отримали поранення внаслідок воєнних дій, постійно зростає кількість медичних закладів, які були частково або повністю зруйновані під час бойових дій. За оцінкою Міністерства охорони здоров'я України станом на 1 листопада 2022 року внаслідок російських атак було пошкоджено 1100 медичних закладів, з них 144 – зруйновані повністю (Міністерство охорони здоров'я України, 2022). Водночас збільшується кількість осіб, які звертаються за медичною допомогою у зв'язку з травмами чи хворобами, що настали через воєнні дії.

Окупація значної частини території України та воєнні дії зумовили явище внутрішнього переміщення осіб. За даними досліджень Міжнародної організації з міграції кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) у травні становила близько 7,7 млн. осіб (Міністерство з питань інтеграції тимчасово окупованих територій, 2022). Львівська область стала регіоном, який сьогодні приймає одну з найбільших часток ВПО. Зокрема, за оцінкою Львівської ОВА, це число 19 березня 2022 року становило 400 тис. осіб (Базар, 2022), а в червні цього року, за даними Ресурсно-аналітичного центру “Суспільство і довкілля”, у Львівській області офіційно як ВПО зареєструвалися 242 тис. осіб, серед яких 75 тис. – діти, 8 тис. – особи з інвалідністю (Андрусевич та ін., 2022).

Медична допомога особам, що постраждали внаслідок воєнних дій (ОПВВД), надається як в Україні, так і за кордоном. Зокрема відбувається медична евакуація поранених осіб з прифронтових територій до віддалених, більш безпечних областей, зокрема у міста Дніпро, Київ, Львів. Наприклад, станом на червень 2022 р. у лікарнях Першого територіального медичного об'єднання Львова медичну допомогу надали більш, ніж 5 000 пацієнтів, які

отримали травми внаслідок воєнних дій, проте ця кількість постійно зростає (Самчук, 2022).

Окрім медичної допомоги, особи, що постраждали внаслідок воєнних дій, звертаються за соціальною, матеріальною, психологічною допомогою до громадських організацій та органів місцевого самоврядування, зокрема у Центри надання адміністративних послуг (ЦНАП), центри соціальних служб чи центри надання соціальних послуг тощо. Однак часто ОПВВД потребують соціальної підтримки, перебуваючи в закладах охорони здоров'я на лікуванні чи реабілітації. Саме за таких обставин, опинившись у новому місті в лікарні зі складною травмою чи пораненням, люди потребують не лише супроводу медичного персоналу, а й кваліфікованої допомоги соціальних працівників. Таким чином, у нашій дослідницькій роботі було визначено проблемне запитання: “Які особливості роботи соціального працівника у комплексній реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій?”. У науковій літературі України ця проблема майже не висвітлювалася.

Напрями, пріоритети, методикам соціальної роботи присвятили свої праці такі українські науковці у сфері соціальної роботи: Т. Семигіна, І. Зверева, Л. Вакуленко, Т. Сила, Н. Гусак, Шульгіна, Ж. Петрочко, групи авторів-членів різних громадських організацій, серед яких БО «100% Життя», ГО «Соціальна синергія», Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) тощо. Соціальна робота у сфері охорони здоров'я описана такими закордонними вченими: Ч. Репп, Л. Паттоні, Х. Райнхерц, Н. Джонс, Е. Озерс, С. Бенкс.

В практику соціальної роботи в Україні впроваджується досвід інших країн: США, Канади, Великої Британії, Польщі, зокрема спеціалізація соціальних працівників у ЗОЗ та участь фахівців соціальної сфери у мультидисциплінарній реабілітаційній команді (МДРК).

Відповідно до реформи охорони здоров'я у Україні з 2020 р. послуги реабілітації при багатьох захворюваннях включені у гарантовані пакети медичної допомоги Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Попри те, що регламентується мультидисциплінарний характер послуг реабілітації із залученням багатьох фахівців, соціальний працівник не фігурує як член

команди, що не сприяє напрацюванню механізмів залучення соціального працівника у комплексну реабілітацію пацієнтів ЗОЗ (Кириченко, 2020).

Мета дослідження: визначити особливості роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.

Об'єкт дослідження: практика соціальної роботи у комплексній реабілітації. **Предмет дослідження:** робота соціального працівника у комплексній реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.

Завдання:

1. Охарактеризувати теоретичні та практичні засади соціальної роботи у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.
2. Вивчити закордонний досвід соціальної роботи у сфері охорони здоров'я.
3. Емпірично дослідити особливості роботи соціального працівника у межах проєкту щодо комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.
4. Розробити рекомендації щодо вдосконалення роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.

Відповідно до поставлених завдань застосовано комплекс різних методів дослідження:

- теоретичних: аналіз, систематизація, класифікація, узагальнення соціально-психологічної, соціологічної, юридичної, медичної літератури для з'ясування змісту базових понять дослідження, обґрунтування сутності методів роботи соціального працівника в комплексній реабілітації ОПВВД та реалізації стратегії дослідження в дії;

- емпіричних: опитування методом фокус-групи учасників проєкту “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій”, що репрезентують команду соціальної роботи у МДРК, та аналіз результатів опитування з метою формування рекомендацій.

У першому розділі магістерської роботи висвітлено теоретичне та нормативно-правове підґрунтя комплексної реабілітації осіб, що постраждали

внаслідок воєнних дій, з точки зору роботи соціального працівника. У другому розділі дослідження відображено результати практичного проекту щодо комплексної реабілітації ОПВВД із залученням соціального працівника до складу МДРК у закладі охорони здоров'я. Практична частина включає в себе реалізацію стратегії дослідження в дії із залученням соціальних працівників проекту та їх асистентів (студентів-практикантів освітньої програми з соціальної роботи), що входять до складу МДРК.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ

1.1. Актуалізація основних понять дослідження

Здоров'я, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), – це “стан повного фізичного, психічного і **соціального** благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів” (World Health Organization, 2005). Згідно із холістичним підходом до здоров'я, при виникненні певної непрацездатності у людини потрібно лікувати не лише хворобу, а саму людину, тобто її тіло, душу, емоційний, соціальний стан (Banks, 2020, р. 20). Отже, згідно з різними підходами, соціальний аспект людини відіграє важливу роль у її здоров'ї.

Фахівець із соціальної роботи – це професійно підготовлений спеціаліст, що володіє необхідними знаннями та навичками, технологією ведення випадку та організовує надання соціальних послуг особам, які потрапили у складні життєві обставини (СЖО), представляє їхні інтереси, забезпечує доступ до необхідних послуг, оцінює ефективність таких послуг. Соціальний працівник - це ФСР, що здійснює оцінку потреб і надає соціальні послуги більш вузькому контингенту клієнтів, наприклад пацієнтам ЗОЗ (Дацаківська та ін., 2021, с. 22).

Відповідно до ЗУ “Про соціальні послуги” (2019), складні життєві обставини - це обставини, які негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа/сім'я не може подолати самостійно. Серед факторів, які можуть зумовити СЖО: похилий вік; часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті; інвалідність; бездомність; безробіття; малозабезпеченість особи; шкода, завдана пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією тощо.

Внутрішньо переміщена особа (ВПО) – громадянин України, іноземець або особа без громадянства, що покинула своє місце проживання внаслідок збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства та

порушень прав людини. Особа набуває правового статусу ВПО реєстрації і внесення її на облік в структурному підрозділі з питань соціального захисту у громаді, де особа проживає з отриманням відповідного документа, так званої “довідки переселенця” (Закон України “Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб”, 2015). Слід зауважити, що ВПО не завжди можуть мати проблеми зі здоров’ям чи травми, отримані внаслідок воєнних дій, проте статус ВПО соціальним працівником розглядається як СЖО.

Окрім зростання кількості ВПО, внаслідок повномасштабного вторгнення Росії в Україну зросли негативні чинники на економіку: безробіття, падіння рівня життя, зростання бідності, що з погляду соціальної сфери означає, що більше 10 мільйонів осіб перебувають у СЖО, зокрема відносяться до категорії осіб, що отримали шкоду завдану бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією тощо.

В українському правовому полі немає чітко окресленого поняття “особа, що постраждала внаслідок воєнних дій”, однак у 2017 році Кабінетом Міністрів України (КМУ) затверджено Порядок надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів. Згідно з цим Порядком, дитина, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів – це неповнолітня особа, яка внаслідок воєнних дій чи збройного конфлікту отримала поранення, контузію, каліцтво, зазнала фізичного, сексуального, психологічного насильства, була викрадена або незаконно вивезена за межі України, залучалася до участі у військових формуваннях або незаконно утримувалася, у тому числі в полоні (Постанова КМУ “Про затвердження Порядку надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів”, 2017). Отже, цілком очевидно, що діти, які постраждали внаслідок воєнних дій, перебувають у СЖО.

У нашому дослідженні поняття “особа, що постраждала внаслідок воєнних дій” ми вживаємо у значенні, що описане у вищезазначеному нормативно-правовому документі, проте щодо повнолітніх осіб загалом. Додатково важливо охарактеризувати цю категорію осіб з погляду охорони здоров’я. Аналізуючи інтерв’ю Міністра охорони здоров’я Віктора Ляшка, визначаємо, що ОПВВД –

це люди, які у зв'язку з воєнними діями отримали травму, або у яких погіршилося здоров'я через несвоєчасно отриману медичну допомогу в належному обсязі, що пов'язано з окупацією території або руйнуванням медичного закладу чи інфраструктури, та які потребують стаціонарного лікування і/або реабілітації (Безпалько, 2022). Отже, ОПВВД – це люди, що залежно від отриманої травми та стану здоров'я, потребують відповідного медичного догляду та комплексної реабілітації.

ВООЗ визначає реабілітацію як сукупність заходів, спрямованих на забезпечення особам з порушенням функцій внаслідок захворювань, травм чи вроджених вад пристосування до нових умов життя у суспільстві, що їх оточує. (World Health Organization, 2005)

Українські науковці Тесленко та Черненко (2019, с. 248) подають таке визначення поняття:

реабілітація (від лат. *rehabilitatio*, – здібність, здатність, спроможність, придатність, відновлення): 1) відновлення в правах; 2) комплекс медичних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та осіб з інвалідністю.

Комплексна реабілітація, за визначенням ЗУ “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” – це поєднання заходів з фізичної, психологічної, соціальної реабілітації, спрямованих на всебічне відновлення та компенсацію порушення повноцінного функціонування особи (Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я”, 2020).

У комплексі вищевказаних заходів беруть участь фахівці різних сфер: лікарі, педагоги, юристи, соціальні працівники, а їхня співпраця задля спільної мети здійснюється у рамках міжвідомчої/міждисциплінарної взаємодії. Українська науковиця Ж. Петрочко (2011) ототожнює поняття “міжвідомча група фахівців” та “мультидисциплінарна команда”, визначаючи, що це команда фахівців різних галузей, які відповідно до узгодженого і скоординованого плану

виконують певні завдання, спрямовані на спільну мету у роботі з клієнтом. В українському законодавстві, зокрема в “Типовому положенні про мультидисциплінарну реабілітаційну команду” (Постанова КМУ “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я”, 2021) подано визначення наближене до вищевказаного, тому в питанні комплексної реабілітації ОПВВД найбільш відповідним, на наш погляд, є саме термін “мультидисциплінарна команда”.

Дослідження в дії – вид прикладного соціального дослідження, метою якого є вирішення проблемних ситуацій за допомогою заходів, спрямованих на зміни, залучаючи процес співпраці між дослідниками та учасниками (Гусак, 2015, с. 24). Найважливішими складовими «дослідження в дії» є навчання поряд з практичним втручанням, співучастю і дослідженням, а головна мета полягає не в отриманні нових знань або підтвердженні гіпотез, а у вирішенні проблемної ситуації.

Стратегія “дослідження в дії” вважається інноваційним підходом до проведення досліджень у соціальній роботі, що дозволяє вивчати проблему та впливати на неї завдяки втручанням і застосуванню партнерського підходу “дослідник-учасник”. Дослідження в дії є перспективними для використання в соціальній роботі з дітьми та молоддю в Україні, зокрема актуально для роботи зі студентами, що навчаються і здобувають свій фах. Основні напрями подібних досліджень у світі стосуються таких тем, як робота в громаді, профілактика в сфері охорони здоров’я, добробут дітей та молоді, а також соціальне включення. Зазначена тематика досліджень є актуальною і для соціальної роботи із ОПВВД.

Отже, соціальне благополуччя є важливим аспектом здоров’я, а соціальний працівник – фахівець, що надає соціальні послуги для осіб, що перебувають у СЖО. ОПВВД – особи, чиє фізичне чи ментальне здоров’я постраждало від безпосереднього впливу зброї, або наслідків воєнного стану на своєчасний належний доступ до охорони здоров’я у конкретних регіонах, що перебувають в окупації чи безпосередній близькості до зони бойових дій. Для повноцінного відновлення життєдіяльності ОПВВД потребують комплексної реабілітації у

ЗОЗ. Участь соціального працівника у складі МДРК може бути предметом дослідження в дії із залученням учасників-студентів.

1.2 Аналіз теоретичного підґрунтя соціальної роботи у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій

Соціальна робота залучає людей і суспільні структури до вирішення життєвих проблем та підвищення добробуту, спираючись на теорії соціальної роботи, соціальні і гуманітарні науки та місцеві знання.

Як стверджує Семигіна (2021), впродовж останніх десятиліть напрями теорій соціальної роботи помітно трансформувалися. Перспективними в сучасній європейській і американській науці є три основних теоретичних підходи: підхід зеленої соціальної роботи (англ. green social work perspective), феміністична соціальна робота (англ. feminist social work perspective) та підхід, що базується на сильних сторонах клієнта (англ. strengthen-based social work). Концепція зеленої соціальної роботи спирається на філософію сталого розвитку і комплексний підхід до вирішення проблем бідності чи соціальної нерівності, зокрема через організацію рівних умов доступу до навколишнього середовища, природних ресурсів, екологічної справедливості. Прихильники феміністичного підходу в соціальній роботі не ставлять гендерного розподілу ролей у суспільстві. Для роботи з клієнтом важлива особа, її підтримка та допомога у вирішенні проблем. Такий підхід не потрібно розглядати як єдино правильний, а як один із підходів поряд з іншими.

У 1997 р. Чарльз Репп написав працю “Модель сильних сторін” (“Strength Model”), що швидко набула популярності і стала джерелом для формування підходу, орієнтованого на сильні сторони клієнтів (англ. strength-based perspective). Сьогодні це один із базових підходів у соціальній роботі багатьох країн. Ідея акценту на сильних сторонах клієнта швидко поширилася, адже цей підхід зосереджується на можливостях, компетенціях та ресурсах клієнта, а не на фіксації патологій, проблем чи дефіцитів певних ресурсів чи навичок у клієнта; цей підхід передбачає оцінювання наявних ресурсів, а не потреб (Семигіна, 2019, с. 177-179).

Шотландська науковиця у сфері соціальної роботи Паттоні (Pattoni, 2012) відзначає 6 основних стандартів у підході, заснованому на сильних сторонах:

1. Цільова орієнтація: практика, заснована на сильних сторонах, орієнтована на ціль. Центральним і найважливішим елементом у роботі з клієнтом є те, наскільки клієнти самі собі ставлять цілі, яких вони хотіли б досягти у своєму житті.

2. Оцінка сильних сторін: основна увага зосереджена не на проблемах чи дефіцитах, а людині підтримують усвідомлення наявних ресурсів, які вони мають у своєму розпорядженні, які вони можуть використовувати для протидії будь-яким труднощам чи умовам.

3. Ресурси з оточення: прихильники сильних сторін вважають, що в кожному середовищі є особи, асоціації, групи та інституції, яким є що дати, що може бути корисним для інших, і що роль практиків може полягати у створенні посилань на ці ресурси.

4. Використання різних методів для визначення сильних сторін клієнта та середовища для досягнення мети: ці методи відрізнятимуться для кожного підходу, заснованого на сильних сторонах. Наприклад, у терапії, орієнтованій на вирішення, клієнтам допомагатимуть поставити цілі перед визначенням сильних сторін, тоді як у веденні випадків на основі сильних сторін люди проходитимуть спеціальну «оцінку сильних сторін».

5. Обнадіяння через стосунки з оточенням: підхід, заснований на сильних сторонах, спрямований на підвищення надії клієнта. Крім того, надію можна реалізувати через зміцнення стосунків з людьми, громадами та культурою.

6. Вибір самостійного впливу: прихильники сильних сторін підкреслюють позицію співпраці, коли клієнт є експертом у своєму власному житті, а роль соціального працівника полягає в тому, щоб збільшити й пояснити вибір і заохотити людей приймати власні рішення та обґрунтований вибір (Pattoni, 2012).

Таким чином, даний підхід, що базується на сильних сторонах особистості, може стати одним з провідних, адже дозволяє мобілізувати власні ресурси

отримувачів соціальних послуг, зосереджуватися на поставлених цілях, а не на вищесказаних проблемах, що виникли через війну.

Класичним у соціальній роботі можна вважати підхід чи, точніше, концепцію наснаження (англ. *empowerment* - емпваермент). За визначенням Н. Гусак, наснаження – це процес спонукання і підтримки клієнта або, що стимулює формування в особи (зокрема осіб у СЖО) активного і конструктивного ставлення, здатності брати відповідальність за свої дії та власне життя, в результаті чого клієнти стають спроможними самостійно долати життєві труднощі, а не очікувати, коли хтось вирішить проблему замість них.

Питанню теорії наснаження у соціальній роботі за дослідженням Т. Семигіної (2015) присвячували свої праці такі закордонні вчені: Б. Соломон (1976), П. Бергер та Р. Неухаус (1977), Дж. Раппапорт (1981), Л. Степлес, Ш. Рамон, а також українські науковці: Л. Найдьонова, Т. Сила.

Інша українська дослідниця Т. Сила (2010) дійшла висновку, що категорія “наснаження” може розглядатися як концептуальна теоретична парадигма, що має інтегрований етико-філософський, соціально-психологічний зміст; як цінність, принцип та імператив діяльності. Таким чином, у своїх працях авторка закликає до впровадження даного підходу як одного із засадничих.

На думку Т. Семигіної (2015), наснаження можна розділити на колективне (робота в громаді) та індивідуальне. Індивідуальне наснаження зосереджене на особистісних чинниках життя людини і передбачає підвищення впевненості і компетентності самооцінки клієнтів у відстоюванні власних прав. Як наслідок, розвиток індивідуального наснаження виразно пов'язують із піднесенням самоефективності, вмінням самостійно долати свої проблеми, здійснювати позитивні зміни у своїй поведінці (Ozer, 1990). Самоефективність при цьому розуміється як віра індивіда у свою здатність змінити певну поведінку та позбутися чинників, що призводять до такої поведінки. Власне, ця концепція перебуває в основі навчання, орієнтованого на розвиток, соціального наuczіння. Індивідуальне наснаження передбачає мотиваційну роботу, спрямовану на заохочення змін, а також надання більших повноважень і завдань у процесі роботи (Семигіна, 2015).

Аналізуючи науковий доробок у соціальній роботі, можна зробити висновок, що підхід, який ґрунтується на сильних сторонах, та підхід наснаження є актуальними у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій. В той час, як українське законодавство спирається в першу чергу на дефіцитну модель (через першочергову оцінку потреб осіб у СЖО), для ОПВВД потрібно значно активніше впроваджувати підхід, що заснований на сильних сторонах (оцінка можливостей і сильних сторін індивіда). Більше того, у контексті умов воєнного стану у роботі з клієнтом потрібно здійснювати підхід наснаження, мобілізуючи внутрішні ресурси клієнта та заохочуючи брати відповідальність за своє життя на себе.

1.3. Особливості соціальної роботи у сфері охорони здоров'я у деяких країнах: короткий ретроспективний огляд

Заглянувши в історію розвитку соціальної роботи, побачимо, що загалом соціальна робота у сфері охорони здоров'я як окремий напрям починається у Великій Британії та Сполучених Штатах Америки. За Аусландер (Auslander, 2001) соціальна робота у сфері здоров'я існує вже понад сто років. Такі виклики, як епідемії СНІДу, туберкульозу, техногенні катастрофи дали поштовх до розвитку як медицини, так і соціальної роботи. Питання вартості лікування і доступу до належного рівня охорони здоров'я наразі залишається одним із основних напрямів соціальної роботи у цій сфері як для розвинених країн, так і для тих, що розвиваються (Auslander, 2001, р. 204). Саме моделі взаємодії фахівців соціальної роботи із колегами-медиками інших країн може слугувати прикладом для соціальної роботи в ЗОЗ України.

Об'єднане Королівство (Велика Британія)

Першим офіційно задокументованим штатним соціальним працівником є Мері Стюарт у Вільному (безкоштовному) королівському госпіталі (англ. The Free Royal Hospital) у Лондоні у 1895 р. Дана професія на той час називалася “милосердник” (англ. almoner), а в професійні обов'язки насамперед входив контроль за безкоштовним лікуванням малозабезпечених пацієнтів із бідних передмість (Gosling, 2016).

Як перша країна, що активно впроваджувала соціальну роботу у медичну допомогу громадянам, Велика Британія ще гостріше відчувала необхідність справедливого доступу до медичної допомоги всіх верств населення на тлі урбанізації, індустріалізації, зростання населення у країні та післявоєнної відбудови. Таким чином, у 1948 році утворилася Національна служба охорони здоров'я NHS (National Health Service, NHS) - Національна служба охорони здоров'я, що має 4 підрозділи: в Англії, Уельсі, Шотландії та Північній Ірландії, де служба має назву Медична і соціальна допомога Північної Ірландії HSC (Health and Social Care of Northern Ireland, HSC) - Медична і соціальна допомога Північної Ірландії. Тобто з часу свого заснування ціллю Національної служби охорони здоров'я Великої Британії NHS є як оптимізація охорони здоров'я, так і соціальної роботи з пацієнтами.

Згідно з рейтингом (Ireland, 2021), у 2021 р. система охорони здоров'я Великої Британії посідала 10-те місце у світі за якістю і доступністю. Водночас за даними Світового банку, на охорону здоров'я у цій країні витрачається 10,15% ВВП - це нижче від середнього показника у Західній Європі (World Bank, 2022). Ба більше, дослідження “Економіст Інтелідженс Юніт” (англ. Economist Intelligence Unit) свідчать зокрема, що паліативна допомога як частина соціальної роботи, яка є викликом не лише для лікарів, а й для соціальних працівників, у Великій Британії займає 1-ше місце у світі за якістю і доступністю (Triggle, 2015).

Національна служба охорони здоров'я Великої Британії приділяє велику увагу соціальній допомозі і супроводу громадян. Для цього на веб-сайті організації створено розділ “Настанови з соціальної допомоги і підтримки” (англ. Social care and support guide), що містить такі розділи:

1. Вступ до допомоги і підтримки (короткі настанови для людей, які мають потребу у допомозі та підтримці і тих, хто про них піклується).
2. Допомога від соціальних служб і благодійників (включає телефонні гарячі лінії для звернення по допомогу, оцінку потреб, адвокацію і повідомлення про насильство).

3. Допомога та обладнання для догляду і притулки (включає облаштування дому, догляд від “платних” доглядальників, домашня безпека і комфорт дому).

4. Гроші, робота і пільги (як оплатити за догляд і підтримку, де отримати допомогу по оплаті послуг).

5. Догляд після перебування у лікарні (включає виписку з лікарні і підтримку надалі).

6. Підтримка і пільги для доглядальників (включає оцінку доглядальників, підтримку від органів місцевого самоврядування, організація відпочинку доглядальників, супровід для фахівців з невеликим досвідом з боку колег).

7. Практичні поради для доглядальників (включає поради при проблемній поведінці, пересуванню чи підніманню людей, поради щодо ліків).

8. Піклування про дітей і молодь (сервіси, підтримка і поради для піклувальників особами до віку 21 року, перехід до піклування повнолітніми особами).

9. Прийняття рішень за когось (включає поняття довіреності та дієздатності).

Особа, що отримує медичну допомогу або шукає соціальну підтримку, обирає одну із цих категорій, звідки її скеровують на навчальні матеріали або контактні номери гарячих ліній, що займаються тим чи іншим соціальним питанням (NHS website, б. д.).

США

Більш інституціоналізована соціальна робота в медичних закладах запрацювала у США, зокрема у 1905 р, коли лікар Массачусетського загального госпіталю доктор Річард Кларт Кабот, завідувач відділення медицини, найняв Гармета Пелмота на позицію соціального працівника. Спочатку майбутні соціальні працівники отримували освіту медбрата/медсестри, а вже пізніше їхня освіта мала спеціалізацію у соціальній сфері: допомога у взаємодії з лікарями, родичами, органами влади, правоохоронцями, сприяння в освіті пацієнта. На думку доктора Кабота, дуже часто причини, пов’язані із проблемами у сім’ї,

забезпеченістю, працевлаштуванням пацієнта мали безпосередній стосунок до розвитку чи затяжного перебігу хвороби, а робота соціальних працівників із соціальними факторами могла покращити прогноз лікування хвороби. Попри активне залучення соціальних працівників, вони не отримували заробітної плати, тому доктор Кабот оплачував їм за роботу із власної зарплати (Garcés Carranza, 2019).

Поступово відділення соціальних працівників створювалися у різних лікарнях, в основному у північно-східних регіонах США. У 1918 р. було засновано першу Асоціацію лікарняних соціальних працівників (англ. the National Association of Hospital Social Workers, NAHSW). А станом на 1929 рік програми підготовки соціальних працівників були впроваджені вже у 10 університетах США, вивчення соціальної роботи проводилося на рівні із психіатрією та психологією, що також стрімко розвивалися.

Як свідчить Бюро статистики праці США, сьогодні у країні соціальних працівників з відповідними дипломами – близько 720 тис., а до 2030 р. очікується зростання їх кількості до 800 тис. (U.S. Bureau of Labor Statistics, б. д.). Щорічно особлива увага до соціальної роботи та соціального працівника зосереджується з нагоди відзначення Дня соціальної роботи у США, що випадає у березні. До основних обов'язків соціальних працівників входить просвітницька робота, робота з незахищеними верствами населення, протидія насильству, ксенофобії, расизму, співпраця з фахівцями освіти та охорони здоров'я.

Соціальна робота в сфері охорони здоров'я США умовно поділяється на “ін-пейшинг” (англ. in-patient, український відповідник – “стаціонарний” пацієнт) та “аут-пейшинг” (англ. out-patient, український відповідник - амбулаторний пацієнт), проте освітні програми у закладах вищої освіти США поєднують це у програмах підготовки медичних соціальних працівників (англ. medical social worker), де приділяється більше уваги роботі зі стаціонарними пацієнтами, водночас із амбулаторними пацієнтами можуть працювати соціальні працівники, що не мають медичної спеціалізації (What Does A Hospital Social Worker Do?, б. д.). В обов'язки медичних соціальних працівників входить така діяльність:

1. Ініціальний скринінг (початкова оцінка) пацієнтів та їх сімей.

2. Допомога пацієнтам та членам їх сімей справитися із багатьма викликами поточного стану: соціальними, фінансовими та емоційними.
3. Допомога в розумінні хвороби і варіантів лікування.
4. Діяльність в ролі адвоката для пацієнта і його сім'ї, в тому числі захист права на охорону здоров'я.
5. Допомога у прийнятті рішення від імені пацієнта чи його сім'ї.
6. Просвітницька робота щодо ролей членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка бере участь у реабілітації (лікарі, медсестри, фізичні терапевти тощо).
7. Кризові втручання.
8. Забезпечення всеохоплюючої психо-соціальної оцінки пацієнтів.
9. Навчання пацієнтів і сімей про так звану післялікарняну допомогу.
10. Допомога пацієнтам звикнути до їхньої стаціонарної реабілітаційної програми.
11. Координування виписки пацієнта і продовження допомоги після виписки зі стаціонарного лікування.

Окремої уваги заслуговує військовий соціальний працівник (англ. *military social worker*). Це фахівці соціальної сфери, які працюють з військовослужбовцями, що звільнилися з військової служби чи перебувають у відпустці та потребують соціального супроводу. Вони можуть працювати у медичних закладах як стаціонарно, так і амбулаторно, проте основна їх особливість - практично не здійснюють супроводу цивільних осіб, що постраждали внаслідок бойових дій. По-перше, сьогодні на території США не ведеться бойових дій, тому немає постраждалих цивільних осіб, хіба що біженці, яких приймає США, звертаються за соціальною допомогою. По-друге, постраждалими цивільними зазвичай займається соціальний працівник тієї громади, де проживає особа (Savitsky et al., 2009, p. 327-331).

Отже, роль соціального працівника в охороні здоров'я загалом та в комплексній реабілітації зокрема відрізняється у кожній країні. Цей процес залежить від багатьох факторів: організації системи охорони здоров'я, рівня добробуту громадян, участі країни у військових конфліктах, явища імміграції чи

внутрішнього переміщення осіб, історичної традиції участі соціальних працівників у процесі реабілітації осіб, які цього потребують. Досвід США та Великої Британії може бути корисним для України і служити прикладом для інтеграції соціальних послуг в ЗОЗ, зокрема в комплексній реабілітації.

1.4. Законодавче регулювання у сфері комплексної реабілітації та роль соціальних працівників у цьому процесі в Україні

Для організації надання соціальних послуг ОПВВД фахівці соціальної роботи керуються відповідними законами та підзаконними нормативно-правовими актами. Окрім положень Конституції України та законів, прийнятих Верховною Радою, актуальними є накази Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я, постанови Кабінету міністрів України та рішення органів місцевого самоврядування. Їх належне трактування допомагає ефективно забезпечити роботу соціального працівника в процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.

До переліку основних нормативно-правових актів, які регулюють питання комплексної реабілітації належать такі документи:

1. Конституція України.
2. Загальна декларація ООН "Про права людини" (1948).
3. Конвенція ООН "Про права осіб з інвалідністю" (2006).
4. Закон України "Про соціальні послуги".
5. Закон України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я".
6. Закон України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні".
7. Постанова Кабінету Міністрів України № 1268 від 3 листопада 2021 р. "Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я", Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду.
8. Державний Стандарт соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у СЖО.
9. Наказ Міністерства соціальної політики України "Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах».

10. Наказ Міністерства соціальної політики № 429 від 23.06.2020 “Про затвердження Класифікатора соціальних послуг”.

11. Наказ Міністерства соціальної політики №855 від 09.08.2016 “Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю”.

12. Міністерство у справах молоді та спорту, Наказ №1965 від 09.09.2005р. “Про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України”.

Частина цих нормативно-правових актів безпосередньо регулює процес надання соціальних послуг та реабілітації, інші регламентують участь соціального працівника у цій діяльності.

У статті 49 **Конституції України** сказано, що “Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування”. Як відомо, реабілітаційна допомога є одним із видів медичного обслуговування і гарантується державою через програму медичних гарантій НСЗУ. У питанні соціального захисту, згідно зі Статтею 46, держава гарантує право на соціальний захист у випадках повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом (Конституція України, 1996). Ці випадки актуальні для умов воєнного стану, адже особи, що постраждали внаслідок воєнних дій потребують як медичної (гострої та реабілітаційної), так і соціальної допомоги.

Норми Конституції спираються на принципи міжнародного законодавства, а ратифіковані парламентом міжнародні документи мають юридичну силу. Тому у питанні регулювання організації соціального захисту **Конвенція ООН “Про права людини”**, у ст. 25, п. 1. зазначає, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров’я і добробуту її самої та її сім’ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини (Конвенція ООН «Про права людини», 1997).

Дана стаття вказує на чинники, в яких можливе формування СЖО, та декларує право людей на необхідне соціальне обслуговування.

Положення **Конвенції ООН “Про права осіб з інвалідністю”** містить більш конкретні положення про реабілітацію та абілітацію осіб з інвалідністю. Зокрема стаття 26 закликає до “ефективних і належних заходів для того, щоб надати особам з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Із цією метою держави-учасниці організовують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров’я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування, таким чином, щоб ці послуги та програми, починали реалізуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда...” Ці тези з Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю підкреслюють як важливість мультидисциплінарного підходу до реабілітації, так і застосування в соціальній роботі підходу, що ґрунтується на сильних сторонах індивіда.

Згідно із визначенням ЗУ **“Про соціальні послуги”** завданням соціального працівника є забезпечення найкращих інтересів громадян через надання соціальних послуг.

Соціальні послуги - це дії, спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, подолання таких обставин або мінімізацію їх негативних наслідків для осіб, які в них перебувають. В контексті комплексної реабілітації за участі соціального працівника соціальні послуги надаються у ЗОЗ разом із послугами з охорони здоров’я (Закон України “Про соціальні послуги”, 2019).

Отримувачі соціальних послуг - особи/сім’ї, які належать до вразливих груп населення та/або перебувають у СЖО, яким надаються соціальні послуги. Складні життєві обставини - обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров’я та розвиток особи, функціонування сім’ї, які особа/сім’я не може подолати самостійно. Отримання шкоди здоров’я, майна, внутрішнє переміщення внаслідок воєнних дій розцінюються як СЖО (Закон України “Про соціальні послуги”, 2019).

ОПВВД належать до таких, що знаходяться у СЖО за такими критеріями: часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті; невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування; бездомність; безробіття; шкода, завдана пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією (Закон України “Про соціальні послуги”, 2019).

Щоб фахово надати соціальні послуги необхідно провести оцінку потреб. Оцінювання потреб особи у соціальних послугах здійснюється як через аналіз документів, фактів та інформації, зібраних під час спілкування з особою, так і через дані надані особами, що беруть участь в комплексній реабілітації, як-от медичні працівники, психологи, реабілітологи, ерготерапевти та інші фахівці (Закон України “Про соціальні послуги”, 2019).

Соціальні послуги за типами поділяються на:

1) прості соціальні послуги (зазвичай надаються одноразово, не систематично - інформування, консультування, посередництво, надання притулку, представництво інтересів тощо); - актуальні для ВПО (багато з яких є ОПВВД) на етапах переміщення;

2) комплексні соціальні послуги (передбачають узгоджені дії фахівців з надання постійної або систематичної комплексної допомоги: догляд, соціальний супровід, кризове втручання, підтримане проживання, соціальна адаптація, соціальна інтеграція та реінтеграція тощо). Для ОПВВД комплексні соціальні послуги є найбільш актуальними, оскільки залучають команду фахівців не лише соціальної сфери, а також і правоохоронців, медиків, адміністрацію місцевого самоврядування, недержавні громадські організації;

3) комплексні спеціалізовані соціальні послуги - надаються певній категорії отримувачів соціальних послуг (ВІЛ-інфікованим особам, особам, які постраждали від торгівлі людьми, біженцям, особам із психічними розладами тощо); ОПВВД на даному етапі складно виділити в окрему категорію отримувачів соціальних послуг, оскільки юридично поняття осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій на даному етапі вичерпно не окреслено і трактується по-різному;

4) допоміжні соціальні послуги, що надаються у вигляді натуральної допомоги (продукти харчування, предмети і засоби особистої гігієни, засоби догляду, одяг, взуття та інші предмети першої необхідності тощо) та технічних послуг (транспортні послуги, переклад жестовою мовою тощо) (Закон України “Про соціальні послуги”, 2019). Даний тип послуг зазвичай беруть на себе волонтери, громадські організації через координування із працівниками закладів охорони здоров'я, де особа отримує лікування.

Наказ Міністерства соціальної політики № 429 “Про затвердження Класифікатора соціальних послуг” регламентує види соціальних послуг та порядок їх надання: одноразово, екстрено, багаторазово, тимчасово, постійно, які можуть бути актуальні в процесі реабілітації. У роботі ОПВВД актуальні такі соціальні послуги: інформування (надання інформації з питань соціального захисту населення, отримання медичної, правової допомоги, адміністративних послуг та інших видів допомоги, послуг), консультування (допомога в аналізі СЖО, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення, складання плану виходу зі складної життєвої ситуації; психологічне консультування; надання інформації про соціально безпечну поведінку), соціальний супровід (поєднання інформування, консультування та інших послуг тривалий час), представництво інтересів.

В контексті реабілітації представництво інтересів - актуальне для осіб з постійною або тимчасовою втратою працездатності, особливо тих, що не мають можливості отримати підтримку з боку членів сім'ї чи родини. Представництво інтересів передбачає ведення переговорів від імені отримувача соціальних послуг за його дорученням (за бажанням - нотаріально оформленим); допомога в оформленні або відновленні документів (актуально в контексті ВПО); сприяння в реєстрації місця проживання або перебування; координування допомоги у розшуку рідних та близьких, відновленні родинних та соціальних зв'язків; встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами тощо; допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації (милиці, інвалідні візки тощо)

(Наказ Міністерства соціальної політики № 429 “Про затвердження Класифікатора соціальних послуг”, 2020).

Види реабілітації, взаємодія фахівців охорони здоров'я та фахівців соціальної сфери у питаннях комплексної реабілітації регламентуються ЗУ “**Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я**”, прийнятим у 2021 році. Згідно із законом дається визначення понять, а також основні принципи, на яких базується реабілітація, зокрема подається визначення поняття комплексна реабілітація - одночасне проведення різних видів реабілітації (фізичної, психологічної, соціальної), а у випадку проведення комплексної реабілітації мета та завдання різних видів реабілітації мають взаємоузгоджуватися (Закон України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, 2021).

Один із найбільш вичерпних підзаконних актів до ЗУ “Про реабілітацію в охороні здоров'я” є **Постанова КМУ № 1268 “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я”**. В охороні здоров'я процес реабілітації здійснює МДРК - це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу. Робота МДРК координує та очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, що відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану та інших завдань, покладених на команду.

Згідно з Постановою мультидисциплінарної реабілітаційної команди може здійснювати свою реабілітаційну діяльність на таких базах:

- спеціалізований реабілітаційний заклад,
- стаціонарне реабілітаційне відділення на базі ЗОЗ (наприклад, відділення реабілітації лікарні Святого Пантелеймона ПТМО м. Львова),
- інші стаціонарні відділення ЗОЗ, якщо пацієнт перебуває у гострій фазі захворювання (наприклад, відділення ортопедії та травматології лікарні Святого Пантелеймона ПТМО м. Львова) (Постанова Кабінет Міністрів України № 1268 “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я”, 2021).

Визначають такі основні принципи проведення реабілітації: пацієнтоцентричність, цілеспрямованість, своєчасність, послідовність,

безперервність, функціональна спрямованість (Постанова Кабінет Міністрів України № 1268 “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я”, 2021).

У даній Постанові Кабміну прописане **“Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду”**. Положення об’ємно описує основні завдання фахівців з реабілітації (лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови та мовлення, психолога, психотерапевта, сестри медичної з реабілітації, асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта), проте детально не розкриває роль і завдання соціального працівника в МДК (Постанова Кабінету Міністрів України № 1268 “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я”. 2021 Розділ “Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду”, Пункт 8.).

Загалом функція соціального працівника окреслюється як забезпечення взаємодії із службами соціального захисту з метою вчасної організації модифікації середовища, до якого особа, яка потребує реабілітації, повернеться після надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров’я та організації забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації після закінчення стаціонарної реабілітаційної допомоги (Постанова Кабінету Міністрів України № 1268 від 3.11.2021 р. “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я”. Розділ 21).

Отже, право на комплексну реабілітацію як один із видів надання медичної допомоги гарантується Конституцією України, Конвенціями ООН “Про права людини” та “про права осіб з інвалідністю”. Діяльність соціального працівника в тому числі для осіб, що перебувають на стаціонарному та амбулаторному лікуванні в ЗОЗ регламентується ЗУ “Про соціальні послуги”, де знаходимо також роз’яснення критеріїв СЖО. Наказ Міністерства соціальної політики “Про затвердження Класифікатора соціальних послуг” класифікує конкретні види соціальних послуг, кому і де саме вони можуть надаватися, зокрема й ОПВВД (хоч прямо в документі таких осіб не визначено). ЗУ “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” детальніше вводить в законодавче поле поняття

“мультидисциплінарна реабілітація команда”, де згадується соціальний працівник та фахівці охорони здоров’я. Постанова Кабінету міністрів України “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я” та його розділ “Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду” окреслює обов’язки усіх членів команди, що беруть участь у комплексній реабілітації.

Висновки до першого розділу

Як було з’ясовано, однією з цілей соціальної роботи є забезпечення соціального благополуччя громадян як однієї зі складових здоров’я. Початок війни в Україні спричинив збільшення кількості ВПО, травмування цивільних осіб та зрештою величезну кількість смертей мирних людей, а також загострення патологічних станів у людей внаслідок відсутності своєчасної адекватної медичної допомоги через руйнування закладів охорони здоров’я, збільшення рівня стресу, безробіття, фінансові труднощі тощо. Всі ці СЖО меншою чи більшою мірою впливали та досі впливають на стан здоров’я населення України та потребують професійного втручання різних фахівців, а гóловно участі соціальних працівників.

Особи, які перебувають на стаціонарному лікуванні у ЗОЗ у відділеннях реабілітації, отримують допомогу від лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників та, за необхідності, інших професіоналів. Ці фахівці формують МДРК.

Сучасні теорії та концепції соціальної роботи передусім підхід, заснований на сильних сторонах клієнта, можуть активно застосовуватися у роботі з ОПВВД. Адже цей підхід дозволяє оприятити внутрішні ресурси людини, не концентруючись лише на втратах та дефіцитах, що виникли внаслідок війни. Теорія наснаження (емпаурменту) є ще однією важливою концепцією у роботі з ОПВВД у комплексній реабілітації.

Реабілітація, якої потребують ОПВВД, гарантується на рівні з іншими медичними послугами Конституцією України, Конвенціями ООН “Про права людини” та “Про права осіб з інвалідністю”, законами України “Про соціальні

послуги”, “Про реабілітацію в охороні здоров’я”. Постанова Кабінету Міністрів України “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я” розкриває положення вищевказаних законів і регламентує функціонування реабілітаційних закладів чи відділень реабілітації у ЗОЗ. “Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду” містить перелік членів МДРК і їхні базові обов’язки. Попри те, що питання реабілітації сьогодні унормовується низкою вищеперелічених нормативно-правових документів, роль соціального працівника у комплексній реабілітації та загалом у сфері охорони здоров’я, його обов’язки у МДРК, все ще залишається предметом обговорень та досі юридично не врегульована.

РОЗДІЛ 2. ДОСВІД РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТУ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ, У ВІДДІЛЕННІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПЕРШОГО ТЕРИТОРІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ОБ'ЄДНАННЯ ЛЬВОВА

2.1 Алгоритм роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД у мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту

ОПВВД потребують комплексної підтримки та допомоги держави, адже впоратися самостійно із негативними наслідкам воєнних дій неможливо. Таким чином, допомога цим людям відповідно організована, її, на наш погляд, можна поділити на 3 етапи (з досвіду роботи з ОПВВД у Першому територіальному медичному об'єднанні м. Львова):

1. Гостра фаза: переміщення особи на безпечнішу територію, забезпечення їжею, притулком, ургентною медичною допомогою. Така робота здійснюється уповноваженими державними структурами, громадськими організаціями, волонтерськими ініціативами, гуманітарними місіями.

2. Реабілітація (медична, соціальна), також допомога в працевлаштуванні, організація житла здійснюються у місцевій громаді.

3. Робота з віддаленими наслідками війни (психотерапія, боротьба з ПТСР тощо) – здійснюється у місцевій громаді та часто ініціюється громадськими організаціями або безпосередньо отримувачем послуг/клієнтом.

Сьогодні в часі війни, а також в умовах державних реформ і децентралізації система охорони здоров'я України зустрічається з викликами та проблемами, які складно вирішити в межах одного відомства - Міністерства охорони здоров'я. Тому до вирішення питань охорони здоров'я залучаються експерти у сфері соціальної політики, прав людини, економіки, освіти, соціальної роботи тощо. Адже, як уже було зазначено, питання охорони здоров'я - це складний комплексний процес, в який включене також і громадянське суспільство, що має потенціал для розвитку системи охорони здоров'я загалом та підтримки окремих громадян, що мають проблеми зі здоров'ям, особливо в умовах війни.

Прикладом такого втручання можуть бути різні проєкти й ініціативи громадських та благодійних організацій з підтримки певних категорій населення, грантові освітні та сервісні проєкти і програми міжнародних організацій, які реалізуються в Україні задля стабілізації ситуації та посилення спроможності місцевих громад.

Однією з таких ініціатив, що впроваджується з *метою* зменшення навантаження на заклади охорони здоров'я та посилення команди професіоналів лікарняних закладів задля покращення якості та ефективності медичних послуг, а також швидкого відновлення пацієнтів і повернення їх до нормального життя, є пілотний проєкт “Комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій”. Він здійснюється на базі лікарні Святого Пантелеймона (до листопада 2021 р. – Лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова) у відділенні фізичної реабілітації Першого територіального медичного об'єднання (ПТМО) Львова. Проєкт розпочався у жовтні 2022 року за сприяння Українського католицького університету (УКУ), зокрема кафедри педагогіки та соціальної роботи, кафедри фізичної терапії та ерготерапії й кафедри клінічної психології.

Мета проєкту: допомога пацієнтам отримати всі необхідні медичні, реабілітаційні, соціальні та психологічні послуги для відновлення здоров'я через посилення команди медичного персоналу лікарні підготовленими МДРК із залученням соціальних працівників, які не є штатними працівниками ЗОЗ, а також із залученням студентів-асистентів УКУ, що проходять практику.

Тому **завданням** проєкту було організувати та забезпечити надання реабілітаційних послуг підготовленими МДК, у центрі уваги яких буде пацієнт - особа, чие здоров'я постраждало внаслідок воєнних дій, і яка повинна отримати всі необхідні медичні, реабілітаційні, соціальні та психологічні послуги для відновлення здоров'я. Проєкт передбачає підготовку практичних рекомендацій, які можуть бути використані в практиці соціальної роботи та різних закладів охорони здоров'я для допомоги людям, які потребують комплексної реабілітації.

Умовно реалізацію цього проєкту можна поділити на три етапи: підготовчий, етап реалізації та заключний етап.

Підготовчий етап проєкту включав організаційну складову. Опишемо цей етап з точки зору підготовки до здійснення соціальної роботи у проєкті. В Україні практика реалізації мультидисциплінарного підходу в ЗОЗ із залученням засобів соціальної роботи не набула значного поширення у порівнянні з тим, як це відбувається за кордоном. Ще менше в українській практиці досвіду взаємодії соціальних працівників із МДРК у комплексній реабілітації, зокрема й у реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій. Тому після відбору команди соціальних працівників-супервізорів та студентів-асистентів із освітньої програми спеціальності “Соціальна робота” УКУ було проведено навчальні зустрічі та підписання договору (Див. Додаток 3). Зрештою перші навчально-організаційні зустрічі було проведено спільно з усіма іншими учасниками мультидисциплінарної реабілітаційної команди: лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, психологами та завідувачем відділення фізичної реабілітації, разом зі студентами-асистентами спеціальностей “Фізична терапія та ерготерапія” та “Психологія”.

Щоб втілити проєкт, було вивчено досвід інших подібних напрямів у соціальній роботі, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Методичною основою для реалізації проєкту в цілому та професійної діяльності соціальних працівників зокрема став посібник "Школа пацієнта" – це втручання з формування прихильності до антиретровірусної терапії осіб, що живуть з ВІЛ, впорядкований і виданий за сприяння Благодійної організації “100% життя” (Бойко та ін., 2017). Ця спільнота є однією з найбільших пацієнтських організацій України і має значний досвід в питанні впровадження соціальних послуг у ЗОЗ (Благодійна організація “100% ЖИТТЯ”, офіційний веб-сайт).

Інші законодавчі документи та матеріали для ведення соціального супроводу осіб у СЖО, які затверджені в Україні, також були джерелом для формування інструментів роботи соціальних працівників у проєкті, зокрема “Акт оцінки потреб сім'ї/особи”, “План соціального супроводу сім'ї/особи” (з Наказу Міністерства соціальної політики України “Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/ особами, які перебувають у складних

життєвих обставинах”). Всі ці документи було адаптовано відповідно до завдань проєкту організаційною командою, яка складалася із викладачів кафедри педагогіки та соціальної роботи Українського католицького університету.

На основі Акту оцінки потреб сім’ї/особи створено форму оцінки потреб клієнтів/пацієнтів, яку для зручності можна заповнювати онлайн у Google-Формах (Див. Додаток 1). Заповнення цієї форми дозволило створити автоматично базу клієнтів проєкту, щоб відслідковувати заплановані та реалізовані заходи з комплексної реабілітації, у тому числі надані соціальні послуги.

Окрім опрацювання документів та нормативно-правових актів, визначено часові рамки проєкту та кількість клієнтів – щонайменше 3 місяці, щонайменше 2 клієнти на тиждень, 15 клієнтів на місяць, 50 клієнтів протягом проведення проєкту. В рамках підготовчого етапу також узгоджено час та місце проведення зустрічей клієнта із соціальним працівником – окремий кабінет у відділенні реабілітації, а час сеансів не повинен перетинатися із запланованими медичними чи іншими процедурами. Для комфортнішої ідентифікації персоналу прийнято загальним стандарт зовнішнього вигляду – медичний халат та бейджик з іменем та обов’язково вказаною посадою: соціальний працівник.

При плануванні проєкту було визначено певні критерії відбору клієнтів - це особи, що є пацієнтами лікарні та які звернулися за стаціонарною медичною допомогою з таких причин:

- отримання травми внаслідок воєнних дій (травматична ампутація кінцівки, мінно-вибухові, осколкові поранення);

- інвалідизація внаслідок відсутності своєчасного надання медичної допомоги у зв’язку з тимчасовою окупацією певної ділянки території України (травматична ампутація кінцівки внаслідок недотримання часового стандарту надання первинної хірургічної обробки рани);

- загострення хронічного захворювання внаслідок відсутності належного доступу до закладів охорони здоров’я чи своєчасного звернення по медичну допомогу, пов’язаних із воєнним станом (гангрена кінцівки, цукровий діабет з ускладненим перебігом тощо);

– отримання гострого захворювання внаслідок стресових факторів, пов'язаних із військовим станом (інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу тощо).

Відбір та скерування пацієнтів здійснювала завідувачка відділення фізичної реабілітації ПТМО. Її роль полягала у налагодженні комунікації із лікарями інших відділень, що повідомляють про пацієнтів, які відповідають визначеним критеріям.

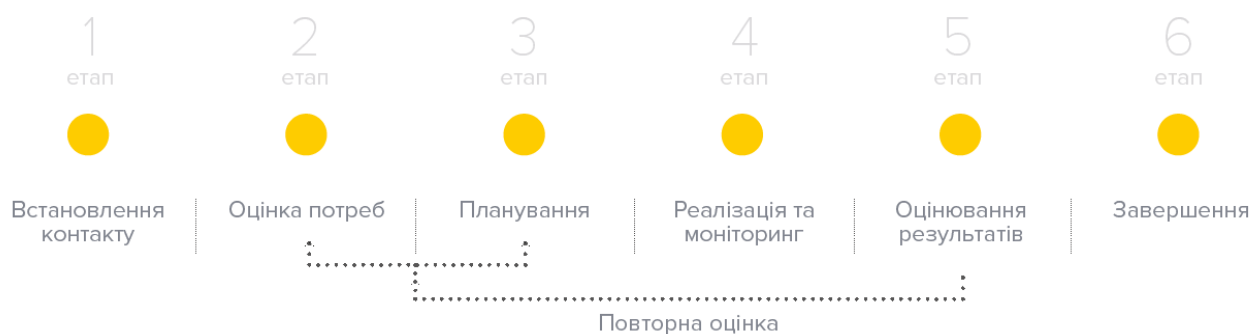
Встановлення контакту з клієнтом – наступний важливий елемент підготовчого етапу. Цей процес відбувався у час, коли пацієнт пройшов усі планові медичні маніпуляції та обстеження, заплановані на день, і готовий до спілкування із соціальним працівником. Пацієнта повідомляли, що він відповідає критеріям проєкту, та пропонували співпрацю із соціальним працівником. Після отримання інформованої згоди з пацієнтом узгоджувався час наступних зустрічей та їх очікувана тривалість.

Як рекомендується у втручанні “Школа пацієнта”, у процесі встановлення контакту із клієнтом важливо дотримуватися таких принципів:

- чітко окреслити цілі, можливості, часові рамки проєкту;
- проінформувати про етапність проєкту, очікувану кількість зустрічей;
- бути готовим отримати багато запитань і терпляче якомога повніше на них відповісти;

- сповістити, що клієнт має можливість відмовитися від участі у проєкті після отримання всієї інформації про нього та на будь-якому етапі його проведення (Бойко та ін., 2017).

Схема 1. Етапи роботи соціального працівника



Джерело: Гусак, Н. Є. Кейс-менеджмент внутрішньо-переміщених осіб.

Методичні рекомендації. Київ, 2015. С.17

Етап реалізації розпочинався з наступної зустрічі з клієнтом, коли соціальний працівник здійснював оцінку потреб пацієнта (див. Схему 1). Для нашого дослідження та загалом для практики соціальної роботи із ОПВВД важливими та дуже доречними у цьому контексті є практичні поради, опубліковані в методичних рекомендаціях до кейс-менеджменту внутрішньо переміщених осіб за Н. Гусак (2015). Колектив авторів цих рекомендацій зазначає, що у процесі спілкування з клієнтом потрібно звертати увагу на такі моменти:

- у спілкуванні варто уникати вузько професійних спеціалізованих слів, намагатися пояснювати простими словами;
- потрібно проявляти емпатію, налаштування на позитив, зацікавлення в клієнті, але зберігати дистанцію і поважати приватний простір клієнта;
- варто використовувати активне слухання, бути готовим до довгих розповідей, намагатися не перебивати, оскільки для багатьох клієнтів потрібно виговоритися;
- у невербальному спілкуванні варто уникати закритих поз, краще сідати по одну сторону з клієнтом, а не через стіл, намагатися не використовувати жестів, що імітують роботу кінцівок, якщо у клієнта відсутні якісь кінцівки;
- не варто висловлювати клієнту власне ставлення до війни, сторін конфлікту, діяльність військових, політиків, місцеву владу, колаборантів,

потрібно уникати слів “наші”, “їхні”, не варто оцінювати діяльність колег соціальних працівників, лікарів з інших закладів, але давати можливість клієнту висловити всі свої думки на цю тему;

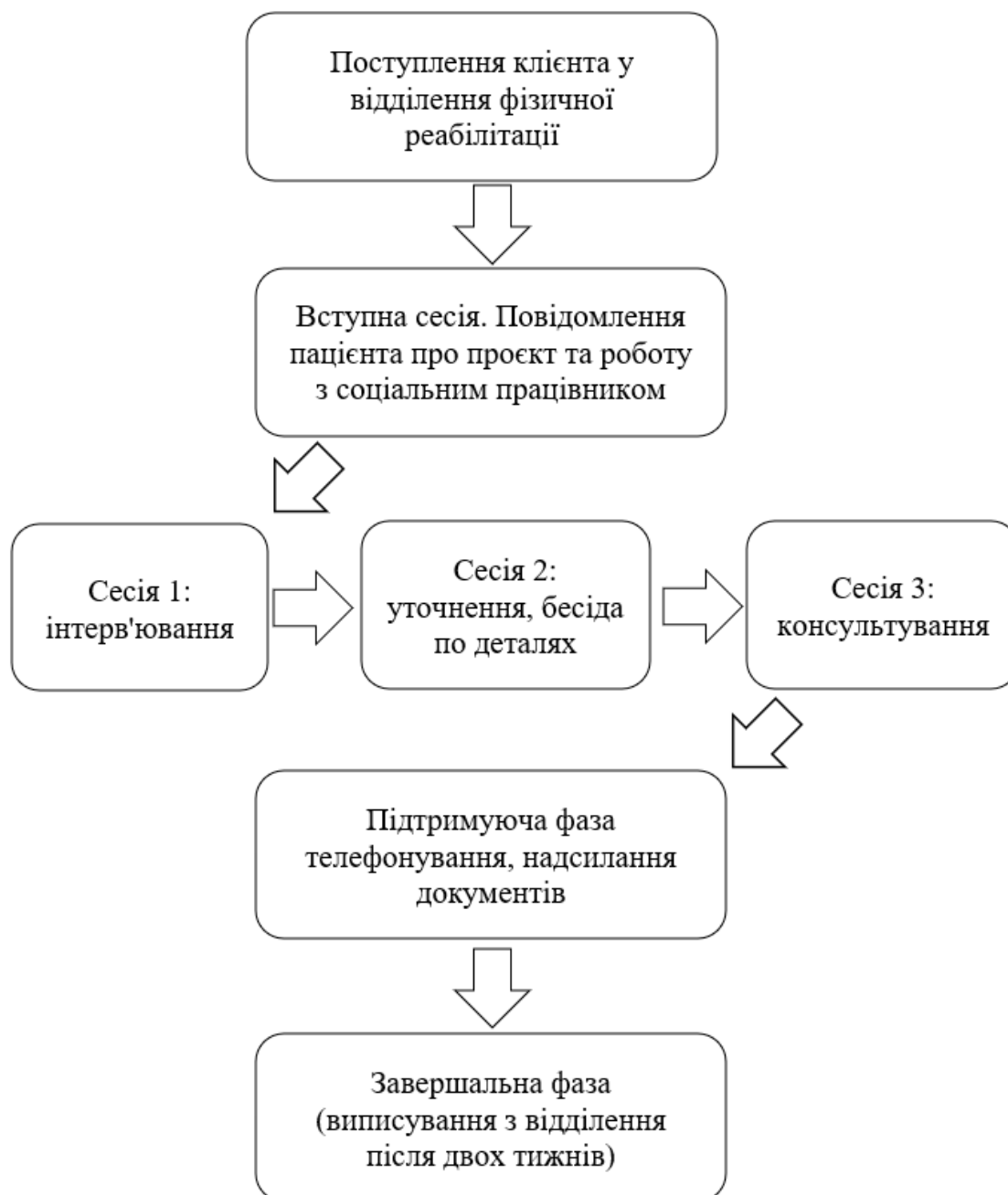
- якщо питання має принципове значення, потрібно максимально об’єктивно запитувати, використовувати слова “український”, “російський”, “міжнародний”, “територія, що не контролюється українським урядом”, не потрібно виправляти клієнта, якщо він називає сторони конфлікту емоційно забарвлено;

- події, які можуть викликати у клієнта негативні спогади, болючі емоції, краще уточнити у лікарів чи інших членів МДК, проте не зупиняти клієнта, якщо він сам хоче про це розповісти;

- не можна висловлювати оціночні судження клієнту щодо роботи колег з мультидисциплінарної реабілітаційної команди, обіцяти проведення тих чи інших медичних чи реабілітаційних процедур, варто повідомити, що те чи інше питання буде донесено до колег;

- потрібно дякувати клієнту за його щирість, висловлення своїх емоцій, думок, хвилювань, адже дуже часто можливість розкритися клієнт має саме у розмові зі соціальним працівником (Гусак, 2015).

Схема 2. Алгоритм роботи соціального працівника з клієнтом (ОПВВД) у процесі комплексної реабілітації в ЗОЗ (на прикладі проєкту)



Джерело: авторська розробка

Оцінка потреб - принципово важливий процес під час 2 зустрічі (див. Схему 2, сесія 1), що розпочинає етап реалізації. Оцінювання потреб особи у соціальних послугах – аналіз належності особи до вразливих груп населення, її СЖО та визначення індивідуальних потреб особи, переліку та обсягу соціальних послуг, яких потребує особа (Закон України “Про соціальні послуги”, 2019).

Більшість осіб, що потрапили у проєкт, належать одразу до декількох категорій СЖО, зокрема: пенсійний вік, інвалідність, ВПО, безробіття, втрата дому.

Як уже зазначалося, для оцінки потреб пацієнта/клієнта було підготовлено відповідну анкету (Див. Додаток 1). Перший блок “Загальна інформація” - вступний, у ньому збиралися основні дані про пацієнта, наявність чи відсутність документів, що посвідчують особу тощо. Блок “Фактори сім’ї” створено, щоб краще розуміти можливості зовнішньої підтримки клієнта з боку сім’ї, що є важливим ресурсом для реабілітації. Блок “Потреби пацієнта” дозволяв виявити власне потреби пацієнта, які можна забезпечити наданням певних соціальних послуг. Останнім важливим розділом оцінки потреб був блок “Потреби пацієнта після виписки”, заповнивши який соціальний працівник міг зрозуміти, чи має куди повертатися клієнт після виписки з лікарні, яких додаткових послуг у громаді у зв’язку з цим він потребує.

У процесі проведення оцінки потреб, можуть виявлятися інші потреби, що не передбачалися в опитнику і не належать до компетенції соціального працівника, проте передача інформації про ці потреби іншим членам МДРК з подальшим їх наданням може покращити реабілітацію.

Після проведення оцінки потреб соціальний працівник переходить до процесу планування задоволення виявлених потреб. Для цього автором дослідження було створено документ “План роботи з клієнтом” (Див. Додаток 2), який у форматі чек-листів і таблиць допомагає структурувати заплановані соціальні послуги. Зокрема у цьому плані можна оцінити складність випадку, відзначити види послуг, які будуть надані, а також необхідні для цього заходи. Також у плані детально розписувалася структура послуги: суб’єкт надання послуги; очікувані результати щодо подолання чи мінімізації СЖО; основні заходи, необхідні для досягнення результату; термін виконання; відповідальні за виконання фахівці. У плані роботи з клієнтом також долучено таблицю спеціалістів, залучених до реалізації плану з їх контактною інформацією, що дозволяє оперативно налагодити з ними зв’язок у разі необхідності.

План роботи з клієнтом заповнювали соціальні працівники після Сесії 1. Далі здійснювалися заходи з реалізації цього плану, координацію дій для надання соціальних послуг пацієнту: пошук необхідних ресурсів у громаді, інформації, послуг, яких потребує пацієнт, контактів компетентних соціальних служб, до яких згодом треба скерувати клієнта (Центри надання соціальних послуг, місії ГО, міжнародні організації, щодо надання матеріальної допомоги тощо).

Під час наступної зустрічі (див. Схему 2, сесія 2) з клієнтом соціальні працівники обговорювали проміжні результати, уточнювали додаткову інформацію, проводили повторну оцінку потреб, оскільки у клієнта в процесі комплексної реабілітації могли трапитися певні зміни у стані здоров'я чи усвідомленні свого загального стану. До наступної запланованої зустрічі основні положення плану роботи з клієнтом потрібно було реалізувати, після чого проводився моніторинг діяльності.

Моніторинг

У процесі роботи з клієнтами з метою моніторингу та покращення комунікації всередині команди, проводилися збори МДРК зазвичай раз у два тижні. На цих зустрічах уточнювалися питання щодо анамнезу пацієнтів, їх стану на момент зустрічі, підтримки родичів пацієнта, їхньої участі у реабілітації та готовності допомагати, узгоджувалися наступні кроки у роботі з тим чи іншим клієнтом тощо.

Для соціального працівника важливо отримувати інформацію щодо успіхів фізичної реабілітації чи ерготерапії, оцінювати готовність до психосоціальної реабілітації, мати чітке уявлення щодо термінів перебування пацієнта у ЗОЗ в найближчому майбутньому. Водночас звіт соціального працівника щодо наданих соціальних послуг під час таких зустрічей був важливим для інших членів МДРК. На таких зборах могли бути озвучені потреби пацієнта, про які раніше не було відомо тощо.

Опісля командних зборів на основі спільно прийнятого плану дій соціальний працівник проводив наступну зустріч (Сесія 3), основною метою якої було консультування щодо подальших процесів комплексної реабілітації,

зокрема соціальних послуг, які клієнт може отримати після стаціонарного перебування у ЗОЗ, звернувшись до соціальних служб територіальних громад, або в громадські організації, що функціонують у регіоні, де проживає клієнт. Якщо ситуація цього потребувала, проводилися підтримуючі сесії з клієнтом, часто дистанційно у телефонному чи онлайн форматах.

Завершальний етап

Після надання всіх необхідних соціальних послуг, які було визначено у плані роботи з клієнтом, настає завершальний етап. Окрім роботи з клієнтом, проводилася зустріч членів МДРК, де соціальний працівник звітував про надані послуги, члени команди обговорювали особливості чи труднощі комплексної реабілітації певного пацієнта, висловлювали експертні думки щодо покращення комплексної реабілітації та функціонування МДРК у майбутньому.

Можна зробити висновок, що проєкт з залученню соціального працівника до складу МДК у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій - приклад роботи з особами, що перебувають у СЖО на стаціонарному лікуванні у ЗОЗ. Під час ведення випадку протягом підготовчого етапу опрацьовуються нормативно-правові документи, обираються клієнти, що відповідають попередньо заданим критеріям, готуються акт оцінки потреб в онлайн-опитнику та план роботи з клієнтом, відбувається знайомство з пацієнтами, які стають клієнтами-отримувачами соціальних послуг. Під час етапу реалізації протягом кількох зустрічей надаються соціальні послуги відповідно до потреб і створеного плану, проводиться комунікація з іншими членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди, моніторинг динаміки процесу комплексної реабілітації, повторна оцінка потреб. На етапі завершення з клієнтом обговорюють подальший формат комунікації після виписки зі стаціонару ЗОЗ, а з членами команди обговорюють особливості випадку і можливості для покращення комплексної реабілітації у майбутньому.

2.2. Фокус-групове дослідження щодо особливостей роботи соціального працівника в мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту. Методологія емпіричного дослідження

Згідно зі законом “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я”, процес комплексної реабілітації здійснюється МДРК на базі реабілітаційних центрів та ЗОЗ. З 2020 року реабілітаційні послуги входять у “пакет” медичних послуг, які регламентуються і оплачуються НСЗУ для ЗОЗ, які надають такі послуги комплексної реабілітації. НСЗУ декларує мультидисциплінарний характер послуг реабілітації (долучення у перелік спеціалістів ерготерапевтів, фізичних терапевтів, психологів, терапевтів мови і мовлення – логопедів), проте до списку спеціалістів-членів МДРК, який подає НСЗУ, не належать соціальні працівники (Кириченко, 2021).

Дане дослідження спрямоване на розкриття досвіду залучення соціального працівника у склад МДРК із наданням ним соціальних послуг згідно із чинним законодавством, а галузь роботи соціального працівника у складі МДРК розглядається як ведення випадку особи, що перебуває у СЖО. Для дослідження в дії залучено соціальних працівників та студентів-практикантів, що вже мають досвід ведення випадків клієнтів - пацієнтів ПТМО, і обговорюють шляхи покращення соціальної роботи у взаємодії із МДРК.

Об’єкт дослідження: ідеї та рекомендації членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди проєкту, які здійснюють соціальну роботу.

Характеристика респондентів дослідження:

Респондент 1 - Наталія Назар, соціальний працівник проєкту, супервізор практики, викладач кафедри педагогіки та соціальної роботи УКУ.

Респондент 2 - Марія Захарчишин, координатор проєкту, менеджер з адміністративної діяльності факультету наук про здоров’я УКУ.

Респондент 3 - Дарина Беген, асистент соціального працівника проєкту, студент-практикант, освітня програма “Соціальна робота” УКУ.

Респондент 4 - Олена Лаба, асистент соціального працівника проєкту, студент-практикант, освітня програма “Соціальна робота” УКУ.

Респондент 5 - Соломія Бардега, асистент соціального працівника проєкту, студент-практикант, освітня програма “Соціальна робота” УКУ.

Модератор - Андріана Довганик, соціальний працівник проєкту, авторка магістерського дослідження.

Для дослідження було обрано осіб, які репрезентують соціальну роботу у МДРК та координатора проєкту, оскільки важливо було почути точку зору осіб, які безпосередньо беруть участь у проєкті в ролі соціальних працівників. Думка координатора проєкту дає можливість зрозуміти комплексну роботу в проєкті, оскільки ця особа об'єднує всіх спеціалістів комплексної реабілітації, організовує командні збори.

Предмет дослідження: особливості роботи соціального працівника на кожному етапі діяльності проєкту під час комплексної реабілітації ОПВВД у відділенні фізичної реабілітації на базі лікарні Першого територіального медичного об'єднання Львова.

Мета дослідження: на основі самоаналізу практичної діяльності членів міждисциплінарної команди, що репрезентують соціальну роботу у проєкті “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій”, визначити практичні рекомендації для покращення роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД.

Завдання:

1. Розробити гайд для проведення фокус-групи.
2. Здійснити опитування респондентів щодо покращення роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД.
3. Здійснити аналіз фокус-групового дослідження щодо особливостей роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД.
4. Розробити рекомендації щодо покращення роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД у відділенні фізичної реабілітації на базі ПТМО м. Львова.

Методи дослідження: опитування методом фокус-групи респондентів (учасників проєкту, що репрезентують соціальну роботу у мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту).

Завдання до дослідження:

- Проаналізувати роботу соціального працівника у проекті на базі ПТМО Львова.
- Виявити недоліки та переваги робочої документації проекту: оцінки потреб клієнта та плану роботи з клієнтом.
- Окреслити роль соціального працівника в МДРК проекту.
- Визначити алгоритм роботи соціального працівника в МДРК проекту.
- Проаналізувати вплив зовнішніх факторів на роботу соціального працівника.

На основі поставлених завдань було укладено гайд опитування.

Сценарій фокус-групи

Блок А. Робота соціального працівника

1. Які соціальні послуги має надавати соціальний працівник клієнту в відділенні фізичної реабілітації?
2. Які методи потрібно застосовувати соціальному працівнику в роботі?
3. Як потрібно здійснювати моніторинг роботи соціальному працівнику?
4. Скільки часу потрібно виділити для роботи з одним клієнтом?

Блок Б. Документація

1. На основі досвіду роботи в ПТМО м. Львова, чи потребує представлена форма оцінки потреб внесення коректив?
2. На основі досвіду роботи в ПТМО м. Львова, чи потребує представлена форма плану роботи з клієнтом внесення коректив?

Блок В. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда

1. Чи робота мультидисциплінарної реабілітаційної команди допомагає краще зрозуміти клієнта? Як саме?
2. Як повинна здійснюватися робота МДРК в організаційних питаннях?
- Як часто мають відбуватися зустрічі МДРК?

- Чи потрібно обговорювати випадок кожного клієнта на зустрічах МДРК чи блоками?

- Кого з професіоналів потрібно залучати в зустрічі МДРК?

- Яка, на вашу думку, ефективність парних консультувань?

- Чи доцільний змішаний формат зустрічей: онлайн/офлайн присутність членів МДК?

3. Чи є ефективними командні збори соціальних працівників? Чи потрібно збиратися групою чи краще індивідуально обговорити ведення випадку?

Блок Г. Робота з клієнтом

1. З якими потребами може звертатися клієнт, який перебуває у відділенні фізичної реабілітації?

2. Чи потрібно здійснювати заздалегідь пошук ресурсів, щоб задовольнити запит клієнта?

3. Яких етичних норм потрібно дотримуватися в роботі з клієнтом?

4. Проаналізувавши здійснену роботу в проекті, які проблеми зі здоров'ям (захворювання) ви зустрічали в пацієнтів/клієнтів проекту?

Блок Г. Зовнішні фактори

1. Як, на вашу думку, має виглядати робоче місце соціального працівника в закладі охорони здоров'я?

2. Як, на вашу думку, має виглядати робоча форма соціального працівника, якщо його робоче місце в закладі охорони здоров'я?

Отже, дослідження в дії передбачає вивчення досвіду роботи соціального працівника у складі МДРК, на основі якого мають бути сформовані рекомендації для покращення такої роботи та в майбутньому застосування результатів дослідження іншими практиками соціальної роботи та дослідниками. Для цього було укладено опитник для проведення фокус-групи, що стосується досвіду роботи соціальних працівників із ОПВВД, запитання якого згруповано у п'ять категорій: робота соціального працівника, документація, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, робота з клієнтом, зовнішні фактори. Відповіді на ці

запитання дозволять покращити якість роботи соціального працівника, оскільки проєкт досі триває.

2.3. Аналіз емпіричного дослідження. Рекомендації щодо діяльності соціального працівника у мультидисциплінарній реабілітаційній команді проєкту у процесі комплексної реабілітації осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій

У фокус-груповому дослідженні було проаналізовано особливості діяльності соціального працівника у проєкті “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій” відповідно до наступних блоків:

1. Блок А. Робота соціального працівника.
2. Блок Б. Документація.
3. Блок В. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда.
4. Блок Г. Робота з клієнтом.
5. Блок Ґ. Зовнішні фактори.

Блок А. Робота соціального працівника

Запитання: Які соціальні послуги має надавати соціальний працівник клієнту в відділенні фізичної реабілітації?

У відділенні фізичної реабілітації соціальний працівник має надавати такі послуги: консультування (кризове, мотиваційне), представництво інтересів, соціальний супровід, інформування, натуральна допомога.

Запитання: Які методи потрібно застосовувати соціальному працівнику в роботі?

Варто застосовувати такі методи:

→ Індивідуальний метод роботи. Це актуально тоді, коли у клієнта немає оточення, сім’ї, його ніхто не навідує. Здійснення індивідуальної роботи виконується поетапно і включає:

- Первинна консультація, оцінка потреб клієнта,
- План надання послуг,

- Інформування або виконання,
- Повторна консультація

→ Групове (сімейне) консультування. Робота з сім'єю є важлива, бо коли наші клієнти є недієздатні, тому найближче оточення допомагає здійснити оцінку потреб.

Запитання: Як потрібно здійснювати моніторинг роботи соціальному працівнику?

Для цього потрібна супервізія: соціального працівника оцінює хтось із членів МДК, або сам клієнт. *Хто може з фахівців здійснювати оцінку роботи соціального працівника?* Оцінку роботи може здійснити інший соціальний працівник (якщо він є в команді), лікарі в команді або клієнти. Моніторинг повинен бути спрямований на постановку цілей та їх виконання в кінцевому результаті. Проміжний моніторинг роботи фахівця припадає на кейс-менеджера або координатора проєкту, і саме на мультидисциплінарних зборах обговорюється, що виконано, а що ні.

За складного випадку, коли кількість консультувань більше, ніж 2, потрібно моніторити виконання повторного консультування з клієнтом про надання послуг та завершальний етап, якісні та кількісні показники, які вказують на роботу соціального працівника, зокрема скільки було надано послуг та якій кількості клієнтів.

Запитання: Скільки часу потрібно виділити для роботи з одним клієнтом?

Робота з одним клієнтом в середньому займає до 5 годин загалом, але час відрізняється індивідуально. Цей час включає такі процеси:

- оцінка потреб клієнта - орієнтовно виділяють 40-60 хв.;
- збори МДРК - щонайменше 15-20 хв. на одного клієнта (залежить, який випадок, чи всі експерти пропрацювали з цим клієнтом тощо);
- пошук інформації та послуг - на одного клієнта протягом випадку виділяють щонайменше 1 годину;
- поїздки у фонди, що надають натуральну допомогу, пошук потрібних речей - 1 година;

- проміжні індивідуальні чи групові консультування, надання натуральної допомоги - мінімум 15 хв. на кожну зустріч.

Загалом же витрата часу на одного клієнта - це дуже індивідуальний показник і залежить від багатьох факторів: складності випадку, наявності сім'ї, комунікабельності і потреби у спілкуванні клієнта. У соціального працівника заплановано час, що передбачає перебування пацієнта два тижні у лікарні, і з ним здійснюється робота, але в роботі немає погодинно розписано пацієнтів, тому іноді варто не зупиняти клієнта, якщо він відчуває необхідність виговоритися.

Для якісної роботи оптимальне навантаження на одного соціального працівника - не більше 4 клієнтів на тиждень.

Блок Б. Документація

Запитання: На основі досвіду роботи в ПТМО м. Львова, чи потребує представлена форма оцінки потреб внесення коректив? (Див. Додаток 1).

Питання Блоку “Загальна інформація”. Дана форма є актуальною і спрощує процес оформлення клієнта для, наприклад, надання міжнародної гуманітарної допомоги. Більшість респондентів визнали, що питання про втрачені документи, зокрема військовий квиток, є неактуальними, а питання про інвалідність дублюється. З іншого боку принципово важливо додати питання про наявність посвідчення ВПО, адже без цього документа багато клієнтів не можуть претендувати на інші послуги, тому це одне з перших запитань, що потрібно включити.

Що стосується запитань щодо досвіду отримання соціальних послуг, то потрібно дане питання сформулювати по-іншому: *Чи отримував клієнт матеріальну допомогу від міжнародних фондів?*

З метою спрощення організаційних питань можна додати запитання: *Хто у клієнта лікар-куратор або фізичний терапевт?* Для полегшення навігації актуальне питання: *Де знаходиться пацієнт (палата, поверх)?*

Питання Блоку “Фактори сім'ї”. Відповіді на дані запитання є важливими, бо дозволяють зрозуміти, з ким з оточення клієнта можна додатково спілкуватися, та хто може постійно підтримувати клієнта. З досвіду опитаних,

описані випадки, коли клієнт не пам'ятав інформації, тому необхідні дані надавали родичі, зокрема клієнт з травмою голови плутався у розповідях, тому консультування проводилося з його дружиною.

Питання Блоку “Потреби пацієнта/клієнта”. Респонденти заявили, що питання щодо допомоги психолога в більшості опитаних викликає реакцію емоційного збудження, здивування, заперечення; на думку соціальних працівників, дана професія зазнає певної стигматизації, зокрема серед клієнтів старшої вікової групи, адже більшість висловилися, що почуваються нормально і допомоги психолога не потребують. Але коли у розмові з клієнтом про можливість надання психологічної допомоги описували цю послугу, не називаючи безпосередньо психологічною допомогою, то багато клієнтів позитивно ставилися до такої можливості.

Респонденти висловили думку, що питання фізичного стану потрібно оцінювати більш конкретно, зокрема питання щодо конкретної травми варто винести до опитника.

Що стосується питання про соціальний стан, то з досвіду відповідей, коли клієнти в основному розповідають про рідних, доцільніше це питання було би забрати, оскільки воно дублює суть питання з попереднього блоку.

Всі респонденти погодилися, що у блок “Потреби клієнта” потрібно додати запитання про участь фізичних терапевтів, ерготерапевтів щодо їх можливої додаткової допомоги у реабілітації, оскільки клієнт може потребувати додаткової консультації фізичного терапевта чи ерготерапевта, але може не знати, кому висловити цю потребу.

Питання Блоку “Потреби клієнта після виписки”. Щодо питання відновлення документів респонденти погодилися, що це актуально у першому блоці питань і втрачає актуальність після виписки пацієнта. З іншого боку, є питання, які потрібно задати на початку і вирішити протягом перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні, зокрема щодо отримання матеріальної допомоги (виплат, гуманітарна допомога), а також питання пошуку засобів реабілітації (милиці, опори-ходунки, крісла колісні тощо).

Насамкінець прозвучала пропозиція внести ці запитання у формат паперової книжечки, що зробить запитання більш комфортними для читання і полегшить отримання відповідей.

Запитання: На основі досвіду роботи в ПТМО м. Львова, чи потребує представлена форма плану роботи з клієнтом внесення коректив? (Див. Додаток 2).

У плані роботи з клієнтом насамперед задля збереження конфіденційності потрібно замінити розділ “прізвище особи” на “індивідуальний код клієнта”, що дозволить передавати цей документ іншим особам, що можуть допомогти у реалізації плану без розголошення конфіденційної інформації про клієнта.

Респонденти зазначили, що для зручності комплексної реабілітації було би доцільно додати розділ “реабілітаційна допомога” в якому буде зазначено такі пункти для вибору “допомога реабілітолога”, “допомога фізичних терапевтів”, “допомога ерготерапевтів”, “предмети реабілітації (милиці, опори-ходунки, крісло колісне - потрібне підкреслити)”.

Щодо розділу “Види послуг”, то коректніше було би назвати його “Соціальні послуги”, а пункти “інформування”, “консультування”, “посередництво” варто зазначати більш розгорнуто, наприклад “інформування про геріатричні центри”, “консультування про алгоритм отримання інвалідності” тощо.

Блок В. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда

Запитання: Чи робота мультидисциплінарної реабілітаційної команди допомагає краще зрозуміти клієнта? Як саме?

Так, хороша комунікація з членами МДК допомагає отримати більше інформації про клієнта, зокрема важлива думка фізичного терапевта та ерготерапевта щодо прогресу у процесі реабілітації. Крім цього, завдяки свідченням колег з МДРК можна дізнатися про додаткову потребу клієнта, що належить до компетенції соціальних працівників, яку клієнт не озвучив при оцінці потреб, але висловив фізичним терапевтам чи ерготерапевтам, психологам тощо.

Респонденти акцентували на тому, що потрібно обрати кейс-менеджера - координатора процесу комплексної реабілітації для того, щоб об'єднувати фахівців та екстрено реагувати і комунікувати з кожним з колег, якщо виникає такий випадок для спільного опрацювання.

Запитання: Як повинна здійснюватися робота МДРК в організаційних питаннях?

Як часто мають відбуватися зустрічі МДРК? На думку опитаних, зустрічі мають відбуватися кожного тижня. Це дозволяє обговорювати випадки нових клієнтів, звітувати про виконану роботу з клієнтами за попередній тиждень, ставити цілі у роботі з новими клієнтами. Через тиждень цикл повторюється.

Чи потрібно обговорювати випадок кожного клієнта на зустрічах МДРК чи блоками? Як показує досвід, легше і доцільніше обговорювати кожного пацієнта індивідуально.

Кого з професіоналів потрібно залучати до зустрічей МДРК? На думку опитаних, в першу чергу потрібно залучати лікаря-куратора, оскільки він краще знає специфіку лікування, особливості реабілітації та загальну інформацію про передумови отримання шкоди для здоров'я у конкретного пацієнта. Зазвичай не потрібно залучати завідувача якогось відділення, достатня присутність лікаря-куратора, адже він також має доступ до загальної бази лікарні. Часто доцільно враховувати думку медсестер, бо вони знають більше деталей про перебування пацієнта в "стаціонарі", зокрема хто з фахівців працює з пацієнтом, хто і як часто приходить з родичів. Як зазначили респонденти, саме медсестри можуть надавати важливу інформацію, про яку клієнт чи інші фахівці не знають, наприклад, про випадки частого вживання алкоголю пацієнтом, про що він не розповідав нікому з фахівців, які з ним працювали.

Яка, на вашу думку, ефективність парних консультувань (коли під час консультування перебуває одночасно двоє фахівців, наприклад, соціальний працівник і психолог)? Зі слів опитаних, у них на момент дослідження немає значного досвіду щодо цього питання, був лише один випадок із залученням психолога під час інтерв'ювання клієнта. Цей випадок є позитивним досвідом, адже клієнт на момент консультування був агресивно налаштований, але

втручання психолога дозволило зняти напругу у спілкуванні. Більше того, для психологів також важливо робити первинну оцінку потреб клієнта, а парні консультації дозволяють клієнту не повторювати двічі одну і ту саму інформацію. Іншим експертам не потрібно такої інформації, бо в них інша специфіка роботи. Також Респондент 2 зазначила, що парні консультації економлять час.

Парні консультації також спрощують впізнаваність клієнтом членів МДРК, тобто якщо потрібна психологічна допомога, то клієнт вже бачив цю людину і буде знати, що це фахівець з проєкту.

Проте на думку Респондента 1, варто щоб хтось один здійснював оцінку потреб, ця форма була однаковою і тоді можна ділитися інформацією, тому парна консультація може бути радше виключенням, ніж рекомендацією до застосування.

Чи доцільний змішаний формат зустрічей: онлайн/офлайн присутність членів МДК? На думку опитаних, загалом такий варіант зустрічей можливий, проте він має недоліки, зокрема пов'язані зі зв'язком: коли хтось говорить тихо, то не чути і складно усім зрозуміти суть, особливо якщо це інші члени МДРК. З іншого боку, коли хтось говорить з команди соціальних працівників, то інший соціальний працівник розуміє, про що йде мова.

Запитання: Чи ефективними є командні збори соціальних працівників? Чи потрібно збиратися групою чи краще індивідуально обговорити ведення випадку?

Студент-асистент та соціальний працівник-супервізор можуть окремо обговорити роботу з клієнтом, але якщо є кризова ситуація, тоді спільні збори є ефективнішими. У випадку відсутності всієї інформації щодо консультації з клієнтом складно доповнити інформацію, тоді потрібно переповідати всім, і це не зручно та займає багато часу. Тому респонденти зійшлися на думці, що немає потреби всім збиратися кожного тижня і обговорювати кожного клієнта, проте оскільки для студентів - це навчальний процес, командою соціальних працівників здійснюється розгляд кожного випадку індивідуально.

Запитання: З якими потребами може звертатися клієнт, який перебуває у відділенні фізичної реабілітації?

Опитані відповіли, що найчастіше це: питання щодо оформлення статусу інвалідності, статусу ВПО, потреба в одязі та продуктах харчування, потреба у житлі, питання оформлення соціальних виплат тощо. Відповідно до цього потрібно зробити перелік послуг, за якими клієнт може звертатися.

Запитання: Чи потрібно здійснювати заздалегідь пошук ресурсів, щоб задовольнити запит клієнта?

З досвіду респондентів, такий пошук заздалегідь не має сенсу. Його потрібно здійснювати після проведення оцінки потреб клієнта. Пошук ресурсів заздалегідь ніяк не допоміг через те, що потрібна інформація могла бути неактуальною, змінився перелік документів або телефон тощо. Як стверджує Респондент 5, “треба йти по гарячих слідах”. Більше того, запит клієнта є конкретний, а соціальний працівник володіє загальною інформацією, як, наприклад, з геріатричними центрами: є інформація про місцеві центри у Львові, а клієнт цікавиться геріатричними центрами у Львівській або інших областях. На думку Респондента 4, інформаційна база є корисною, але пошук необхідної інформації відповідно до запиту одразу після консультації - це краще. Також актуальну інформацію можна дізнатися від лікарів.

Запитання: Яких етичних норм потрібно дотримуватися в роботі з клієнтом?

Респондент 2 коротко підсумувала:

- гарантія конфіденційності у колі фахівців;
- не запитувати про ті сфери життя людини, які вона просить не зачіпати, щоб не робити ретравматизацію досвіду;
- якщо фахівцеві в роботі з людиною не комфортно і це суперечить його цінностям, можна просити про допомогу в колеґ-соціальних працівників та передати такого клієнта іншому фахівцеві;
- не варто переходити особисті межі та дотримуватися субординації.

Респондент 1 додала інші важливі аспекти: профілактика емоційного вигорання, працювати професійно, відчувати межу і не перестрибувати через власні зусилля.

Запитання: Проаналізувавши здійснену роботу в проєкті, які проблеми зі здоров'ям (захворювання) виникають у пацієнтів/клієнтів проєкту?

Пацієнти потрапляли в лікарню з різними захворюваннями:

- серцево-судинні захворювання,
- мінно-вибухові чи осколкові травми,
- черепно-мозкові травми;
- травматичні ампутації кінцівки.

Блок Г. Зовнішні фактори

Запитання: Яким, на вашу думку, має бути робоче місце соціального працівника в закладі охорони здоров'я?

Як це було у цьому проєкті загалом? Спілкування з клієнтом відбувалося у кабінеті, де напередодні проводили сеанси ерготерапії, де є стіл та стільці, що було відносно комфортно для соціального працівника і клієнта. Проте були і сеанси консультування у масажному кабінеті, де було мало місця, не було на чому сидіти, що було вкрай дискомфортно.

Яким має бути робоче місце соціального працівника, на думку опитаних? На думку респондентів, потрібно забезпечити окремий кабінет з табличкою “соціальний працівник”, або інший комфортний кабінет, у якому прописані години, протягом яких працює соціальний працівник, і туди заходити стороннім людям не можна, щоб не порушувати конфіденційність.

Які враження від досвіду консультування у палаті? Опитані поділилися досвідом вимушеного консультування у палаті, оскільки інколи не було можливості забезпечити окрему кімнату. Принциповий недолік такого спілкування - немає можливості дотримуватися конфіденційності. На думку респондентів, робота соціального працівника у палаті, де присутні інші особи - має багато викликів, оскільки в розмову можуть втручатися інші хворі, потрібно відволікатися, при цьому варто спілкуватися так, щоб не образити іншого

пацієнта, і тоді втрачається суть розмови. Також часто хтось із медичного персоналу, хто раптово заходив у палату, відволікав від розмови з клієнтом.

Але специфікою соціальної роботи в лікарні є те, що багато пацієнтів - прикуті до ліжка, їхні травми не дозволяють їм рухатися, переміщатися, тому консультування потрібно проводити у палаті. У таких випадках респонденти зазначають, що можна зібрати лише загальну інформацію, а потім домовитися про додаткову зустріч в більш конфіденційній обстановці або по телефону. У випадках консультування в палаті в присутності інших сторонніх людей важливо спостерігати за клієнтом, наскільки людині комфортно говорити про себе, якщо ж людина помітно нервує чи відповідає з острахом, консультацію слід зупинити.

Запитання: Як на вашу думку має виглядати робоча форма соціального працівника, якщо його робоче місце в закладі охорони здоров'я?

Респонденти зазначили, що медична форма недоцільна, оскільки соціальних працівників можуть приймати за медичний персонал. Тому варто мати білий халат, бейджик з указаним ім'ям та посадою. Загалом мати охайний вигляд. Якщо це основне місце праці, то потрібно мати змінне взуття.

Отже, в процесі проведеного дослідження в дії було опитано 5 респондентів. Також було пропрацьовано рекомендації щодо роботи соціально працівника в проєкті. Соціальні послуги, які може надавати соціальний працівник в ЗОЗ (консультування, інформування, представництво інтересів, соціальний супровід, натуральна допомога). Методи роботи, які найчастіше використовує фахівець соціальної роботи: індивідуальний та груповий. Моніторинг роботи здійснюється оцінкою клієнта або колегою. Тривалість роботи соціального працівника в лікарні з одним пацієнтом становить близько 5 годин. Базові робочі документи у цьому процесі - це оцінка потреб клієнта та план роботи з клієнтом (див. Додаток 1 та Додаток 2). Важливо соціальному працівнику працювати разом з колегами з МДРК, щоб ефективніше допомогти клієнту.

Респонденти висловилися про особливості клієнтів, роботу з документацією та які документи можна покращити, як краще координувати взаємодію у МДРК.

Висновки до другого розділу

Отже, проєкт “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій” залучення соціального працівника до складу МДРК в комплексній реабілітації ОПВВД було здійснено за сприяння УКУ на базі відділення реабілітації та інших відділень лікарні Святого Пантелеймона ПТМО м. Львова. Проєкт покликаний надати соціальні послуги щонайменше 50 клієнтам - пацієнтам ПТМО протягом 3 місяців.

Соціальний працівник регулярно бере участь у зустрічах МДРК, проводить декілька сесій спілкування з клієнтом, на яких здійснює оцінку потреб, оформляє план роботи з клієнтом та надає соціальні послуги, саме консультування, інформування, соціальний супровід та ін.

В рамках проєкту було створено форму оцінки потреб та план роботи з клієнтом для ОПВВД після проведення фокус-групи ці документи були вдосконалені (Див. Додаток 4 та Додаток 5).

Через 6 тижнів з моменту старту проєкту було здійснено фокус-групове дослідження з метою проміжної оцінки роботи соціального працівника з даною категорією клієнтів та обговорення особливостей роботи у МДРК. До дослідження було залучено координатора МДРК, супервізорів та асистентів супервізорів (студентів-бакалаврів спеціальності "Соціальна робота" УКУ).

ВИСНОВКИ

Соціальна робота покликана покращувати якість життя і здоров'я людини. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну призвело до багатьох соціальних викликів: руйнування цивільної інфраструктури, мільйони ВПО, тисячі осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій - СЖО, що потребують втручання соціальних працівників. З погляду цілісного підходу до здоров'я, особи, що постраждали внаслідок воєнних дій потребують не лише лікування фізичних травм і захворювань, а й повноцінного відновлення емоційного, психічного, соціального аспектів особистості. Цей процес реалізовується в ЗОЗ у ході комплексної реабілітації, що здійснює МДРК, до складу якої входять фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, соціальні працівники тощо.

У першому розділі описано основні поняття теоретичних аспектів у соціальній роботі із особами, що опинилися у СЖО. Було окреслено поняття внутрішньо переміщених осіб, дітей та осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій, реабілітації та комплексної реабілітації, МДРК.

ОПВВД потребують надання соціальних послуг, що ґрунтуються на базових сучасних теоріях в соціальній роботі: концепції наснаження та підходу, що заснований на сильних сторонах клієнта. Їх використання дозволяє мобілізувати власні сили клієнта, акцентувати увагу на наявних внутрішніх ресурсах особистості і як ці ресурси використати для подолання СЖО, розвивати відчуття, що людина сама в першу чергу визначає свою долю і несе відповідальність за своє майбутнє.

З'ясовано закордонний досвід у США та Великобританії, який може слугувати прикладом для впровадження кращих практик у соціальній роботі України, зокрема у сфері охорони здоров'я. США мають досвід вузької спеціалізації соціальних працівників в освітній, медичній, військовій сферах. Робота зі стаціонарно госпіталізованими пацієнтами (інпейшинт) забезпечується медичними соціальними працівниками, водночас соціальний супровід клієнтів, що лікуються амбулаторно (аутпейшинт), організовується соціальними працівниками місцевої громади. У Великій Британії ще з часу заснування Національної служби охорони здоров'я (NHS) у 1948 році медична допомога

населенню тісно переплетена із соціальними послугами, а паліативна допомога визнана найкращою у світі, що свідчить про високий рівень соціального забезпечення.

Опрацьовано нормативно-правову базу, що регламентує соціальні послуги, які беруть своє підґрунтя з Конституції України, яка гарантує громадянам доступ до медичної допомоги і гідний рівень соціального забезпечення, та міжнародних конвенцій Організації об'єднаних націй. Прийняті Верховною Радою України закони “Про соціальні послуги”, “Про реабілітацію осіб з інвалідністю”, “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” є основою для професійної діяльності соціального працівника в ЗОЗ. Підзаконні акти Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України конкретизують основні аспекти комплексної реабілітації та обов'язки членів МДРК. Попри прийняття багатьох законодавчих документів у сфері реабілітації в останні роки, роль соціального працівника у МДРК окреслена нечітко і це питання потребує вдосконалення та доопрацювання.

У другому розділі описано проведення проекту “Комплексна реабілітація ОПВВД” із залученням у мультидисциплінарну реабілітаційну команду ЗОЗ соціального працівника. Соціальні послуги в рамках цього проекту впродовж 3 місяців отримало майже 50 осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.

У процесі емпіричного дослідження застосовано стратегію “дослідження в дії” - проміжний аналіз роботи соціальних працівників, їх асистентів та координатора проекту з метою удосконалення роботи соціального працівника у проєкті “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій”. Через 6 тижнів після старту проєкту було проведено фокус-групове дослідження, де було обговорено актуальні питання. В емпіричному дослідженні взяли участь 5 респондентів, які працювали над реалізацією проєкту. Було створено опитник для соціальних працівників, щоби проаналізувати думку з таких питань: “робота соціального працівника”, “документація”, “робота з клієнтом”, “мультидисциплінарна команда”, “зовнішні фактори”. У ході фокус-групи отримано конструктивні рекомендації щодо покращення роботи соціального працівника у процесі комплексної реабілітації ОПВВД, прийнято рішення про

зміни у формах документації, визначено рекомендації щодо вдосконалення взаємодії у МДРК.

Таким чином, проєкт комплексної реабілітації ОПВВД на базі ЗОЗ може слугувати досвідом ефективного залучення соціальних працівників у сферу охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Андрусевич, А., Андрусевич, Н., Козак, З., Міщук, З. (2022). Повернутись додому: Експрес-картування потреб та очікувань ВПО у Львівській області. *Ресурсно-аналітичний центр “Суспільство і довкілля”*. (Оригінал опубліковано 2022 р.) Взято з <https://www.rac.org.ua/uploads>
- Базар, О. (2022, 19 березня). Голова Львівської ОВА Максим Козицький: «Ми з першого дня у війні - не як територія, а як люди». LB.ua. https://lb.ua/news/2022/03/19/510251_golova_lvivskoi_ova_maksim.html
- Безпалько, У. (2022, 18 серпня). Ляшко розповів, як війна вплине на здоров'я українців у довгостроковій перспективі. *Слово і Діло*. <https://www.slovoidilo.ua/2022/08/18/novyna/suspilstvo/lyashko-rozpoviv-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv-dovhostrokovij-perspektyvi>
- Благодійна організація "100% ЖИТТЯ". (б. д.). ЛЖВ. <https://network.org.ua>
- Бойко, А., Дмитришина, Н., & Тюленєва, Н. (2017). Втручання з формування прихильності до АРТ «Школа пацієнта». Поліграф плюс. Взято з https://network.org.ua/newsite/wp-content/uploads/2019/01/SHkola-patsiyenta_opys-programy_sesiyi.pdf
- Гусак, Н. Є. (2015). Застосування „дослідження в дії” та „дослідження в дії за участі” в соціальній роботі з дітьми та молоддю. *Український соціум*, (4), 23–36.
- Гусак, Н. Є. (2015) Кейс-менеджмент внутрішньо-переміщених осіб. Взято з http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/9361/manual_case%20management_UNDP.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Дащаківська, О. Ю., Стельмах, С. С., & Максименко, К. М. (2021). Спільно до нових послуг. Керівництво із впровадження соціальних послуг для сімей з дітьми в громадах. Частина 2. Ведення випадку та міжвідомча взаємодія. Взято з https://www.unicef.org/ukraine/media/12711/file/Spilno_posibnyk_2_casemana_gement.pdf

Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, Наказ Міністерства соціальної політики № 855 (2016) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-16#Text>

Загальна декларація прав людини (рос/укр), Декларація Організації Об'єднаних Націй (1948). Взято з https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

Зверева, І. Д. (2012). Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. Універсум. 535 с.

Конвенція про права осіб з інвалідністю, Конвенція Організація Об'єднаних Націй (2016). Взято з https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

Кириченко, Н. (2020, 5 серпня). Реабілітаційні послуги: які вони нині в Україні та світі, і чи змінить ситуацію новий законопроект. Українська правда. Життя. Взято з <https://life.pravda.com.ua/health/2020/08/5/241868/>

Мельник, Л. А. (2015). Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України. Видавничий дім "Калита".

Петрочко, Ж. В. (2011). Теорія і практика соціально-педагогічного забезпечення прав дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах (Публікація № 13.00.05) [Неопубл. дис. д-ра]. Інститут проблем виховання НАПН України.

Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України № № 1268. (2021) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п#n262>

Пошкоджені Росією медзаклади України. (2022, 6 листопада). Офіційна Facebook-сторінка МОЗ України. Взято з https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid0oYHMe2CzkAR4ykPCoBBsRjPDWtXcBRrW6i47SGouMNjiHKnphJXcswRkWPRUXo2Cl&id=100064326776811

Посібник із визначення потреб населення об'єднаної територіальної громади у соціальних послугах. (2019). Взято з https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/496/Посібник_із_визначення_потреб_населення_ОТГ_у_соціальних_послугах._Практичні_рекомендації.pdf

- Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб, Закон України № 1706-VII (2022) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>
- Про затвердження Класифікатора соціальних послуг, Наказ Міністерства соціальної політики № 429 (2020) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>
- Про затвердження Порядку надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів, Постанова Кабінету Міністрів України № 268 (2021) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/268-2017-п#Text>
- Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах, Наказ Міністерства соціальної політики № 1005 (2018) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0943-18#Text>
- Про соціальні послуги, Закон України № 2671-VIII (2022) (Україна). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
- Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України. Видавничий дім "Калита". Взято з <https://mon.gov.ua/storage/app/media/pozashkilna/psychologichna-sluzhba/pos-bnik-shhodo-psixosocz-alno-dopomogi.pdf>
- Семигіна, Т. В. (2019). Підхід, орієнтований на сильні сторони клієнтів соціальної роботи: наскільки він можливий в Україні? *Соціальна робота і сучасність: теорія та практика вирішення проблем учасників і постраждалих у збройних конфліктах* (с. 177–179). Інтерсервіс. Взято з https://www.researchgate.net/profile/Tetyana-Semigina/publication/332130565_Pidhid_orientovaniy_na_silni_storoni_klientiv_socialnoi_roboti_naskilki_vin_mozlivij_v_Ukraini/links/5ca2586d45851506d73abf96/Pidhid-orientovaniy-na-silni-storoni-klientiv-socialnoi-roboti-naskilki-vin-mozlivij-v-Ukraini.pdf
- Семигіна, Т. (2021). Сучасні теорії соціальної роботи. Академія праці, соціальних відносин і туризму.

- Семигіна, Т. В., & Лиховид, Д. О. (2015). Колективне наснаження і самоорганізація територіальної громади. *Наук. записки НаУКМА, 175: Пед., псих. науки і соц. робота.*, 70–74. Взято з <https://www.academia.edu/24851850/>
- Сила, Т. І. (2010). Міждисциплінарний зміст категорії наснаження. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка.*, (Випуск 82: Психологічні науки), 194–197.
- Стаття 3, Конституція України (1996) (Україна).
- Стаття 46, 49, Конституція України (1996) (Україна).
- Столярик, О., Семигіна, Т. (2022). Підхід, орієнтований на сильні сторони: огляд основних принципів. *Вічливість. Humanitas*, 4, 59–67, Взято з <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.4.8>
- Тесленко, А. О., & Черненко, С. О. (2019). Розвиток фізичної реабілітації в світі та Україні. У Збірник наукових праць V Міжнародної науково-практичної конференції (с. 247–253). Донбаська державна машинобудівна академія. Взято з http://www.dgma.donetsk.ua/docs/konf/2019/V_zbirnik.pdf#page=247
- Auslander, G. (2001). Social work in health care: What have we achieved? *Journal of Social Work*, 1(2), 201-222. Взято з <https://citeseerx.ist.psu.edu>
- Constitution of the World Health Organization, Basic documents № 45th ed. (б.д.) (Geneva, Switzerland). Взято з https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/121457/em_rc42_cwho_en.pdf
- Conflict-related civilian casualties in Ukraine. (2022, 27 січня). United Nations in Ukraine. Взято з [https://ukraine.un.org/sites/default/files/2022-02/Conflict-related%20civilian%20casualties%20as%20of%2031%20December%202021%20\(rev%2027%20January%202022\)%20corr%20EN_0.pdf](https://ukraine.un.org/sites/default/files/2022-02/Conflict-related%20civilian%20casualties%20as%20of%2031%20December%202021%20(rev%2027%20January%202022)%20corr%20EN_0.pdf)
- Current health expenditure (GDP) | Data. (б. д.). World Bank Open Data | Data. Взято з <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?view=map>
- Garcés Carranza, C. M. (2019). Hospital Social Work Interventions. Goldtouch Press.
- Gosling, G. (2016, 15 березня). Social Work and the Coming of the NHS. *People's History of the NHS*. Взято з <https://peopleshistorynhs.org>

- Health and Well-Being. (б. д.). World Health Organization (WHO). Взято з [https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#:~:text=The%20WHO%20constitution%20states:%20\"Health,of%20mental%20disorders%20or%20disabilities.](https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#:~:text=The%20WHO%20constitution%20states:%20\)
- Ireland, S. (2021) Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021 - CEOWORLD magazine. *CEOWORLD magazine*. Взято з <https://ceoworld.biz>
- NHS website. (б. д.). Social care and support guide. nhs.uk. Взято з <https://www.nhs.uk>
- Ozer, E. M., & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 58 (3), 472–486.
- Pattoni, L. (2012, 12 травня). Strengths-based approaches for working with individuals. Iriss. Взято з <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/strengths-based-approaches-working-individuals>
- Rehabilitation. (б. д.). World Health Organization (WHO). Взято з <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- S. Banks. (2020). Ethics and Values in Social Work. BASW. 315 p.
- Savitsky, L., Illingworth, M., & DuLaney, M. (2009). Civilian Social Work: Serving the Military and Veteran Populations. *Social Work*, Volume 54(4), 327–339. Взято з <https://doi.org/10.1093/sw/54.4.327>
- Social Workers: Occupational Outlook Handbook: U.S. Bureau of Labor Statistics. (б. д.). U.S. Bureau of Labor Statistics. Взято з <https://www.bls.gov>
- Triggle, B. N. (2015, 6 жовтня). UK end-of-life care 'best in world'. BBC News. Взято з <https://www.bbc.com/news/health-34415362>
- Ukraine: civilian casualty update. (2022, 7 листопада). UN High Commissioner for Human Rights. Взято з <https://www.ohchr.org/en/news/2022/11/ukraine-civilian-casualty-update-7-november-2022>
- What Does A Hospital Social Worker Do? (б. д.). Social Work Degree Center. Взято з <https://www.socialworkdegreecenter.com>

Zimmerman M. A. (2013) Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Educ Behav.* Vol. 40(4). P. 381-383.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Оцінка потреб клієнта

*Обов'язкове поле

1. Електронна адреса*

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта/клієнта*

3. Дата народження*

Приклад: 7 січня 2019 р.

4. Спеціально присвоєний код клієнта*

5. Контактний номер телефону*

6. Адреса проживання (реєстрації) до потрапляння в лікарню*

7. Дата потрапляння у лікарню*

Приклад: 7 січня 2019 р.

8. Планова дата виписки*

Приклад: 7 січня 2019 р.

9. Чи наявні у вас документи?

У кожному рядку виберіть лише один варіант

	Так	Ні	Наявна лише копія
Паспорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ідентифікаційний код	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посвідчення водія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пенсійне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Військовий квиток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посвідчення особи з інвалідністю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Чи є у вас інвалідність? *

Виберіть лише один варіант

Так

Ні

Інше _____

11. Якщо інвалідність, то яка група?

12. Чи отримували ви раніше соціальні послуги, соціальні пільги? Які?

14. Додаткова інформація

ФАКТОРИ СІМ'Ї

15. Чи є у вас сім'я/родичі/опікуни/близькі? (їх прізвище, ім'я, по батькові, родинний зв'язок, контактний номер телефону) *

16. Де зараз перебуває ваша сім'я/родичі/опікуни/близькі? *

у лікарні

у притулку

у соціальному житлі (модульне містечко, гуртожиток, санаторії тощо)

винаймаю квартиру

залишились вдома

за кордоном

інше _____

17. Чи має ваша сім'я/родичі/опікуни/близькі можливість відвідувати вас?

Виберіть лише один варіант

Так

Ні

Частково

Інше _____

18. Чи потребує ваша сім'я/родичі/опікуни допомоги? Якої саме?

19. Додатково

ПОТРЕБИ ПАЦІЄНТА

20. Фізичний стан (як особа себе почуває, який стан тяжкості, чи має ускладнення, чи потребує

тривалості реабілітації, чи потребує протезування, потребує чи не потребує сторонньої допомоги)

13. Чи маєте підписану декларацію з сімейним лікарем?

21. Емоційний стан (як особа себе поводить: спокійно, виважено; тривожно, замкнено; агресивно, не контролює свою поведінку, тощо)

22. Соціальний стан (чи відвідують особу рідні, друзі, чи допомагають, підтримують її, чи познайомилась вона з іншими пацієнтами, тощо)

23. Чи потрібна вам допомога у закупівлі ліків, продуктів, одягу? *

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 не знаю
 інше _____

24. Якщо так, то що саме?

25. Чи хотіли б ви отримати допомогу психолога? *

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 не знаю
 інше _____

26. Чи хотіли б ви відвідувати зустріч з духівником, священником? *

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 не знаю

27. Чи потрібна вам якась допомога?

29. Чи маєте житло, куди поїдете після виписки? (якщо ні, то уточнити якого виду житла потребує пацієнт – тимчасового, постійного. Якщо тимчасового, то на який термін) *

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 частково
 інше _____

30. Чи потрібна вам допомога у відновленні документів? *

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 частково
 інше _____

31. Чи потрібна допомога в отриманні матеріальної допомоги (виплат, гуманітарної допомоги)?

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 частково
 інше _____

32. Чи потрібна вам допомога в пошуку засобів реабілітації? *

Виберіть лише один варіант

- так
 ні
 частково
 інше _____

33. Якого виду допомога вам ще потрібна?

ПОТРЕБИ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ВИПИСКИ

28. Чи знаєте ви свої подальші кроки після виписки?

Виберіть лише один варіант

так

ні

частково

інше _____

ПЛАН РОБОТИ З КЛІЄНТОМ

Прізвище особи _____

Випадок простий, середньої складності, складний, екстрений

Види послуг, які будуть надані

інформування консультування пошук реабілітаційних закладів надання місця проживання відновлення документів (паспорт, ідентифікаційний код, пенсійне посвідчення) оформлення документів (інвалідність) денний догляд соціального робітника матеріальна допомога гуманітарна допомога (їжа, одяг) психологічна допомога оформлення ВПО оформлення міжнародних фондів підтримки (ООН, ЮНІСЕФ) Є-допомога пошук геріатричних центрів інше

Основні цілі соціального супроводу клієнта, спрямованої на подолання СЖО*

- 4.1 оформлення документів для отримання державної допомоги, пенсій, субсидій тощо
- 4.2 організація пошуку житла
- 4.3 створення безпечних і комфортних умов для перебування клієнта в лікарні
- 4.4 оформлення державних виплат для ВПО
- 4.5 догляд вдома
- 4.6 юридичне консультування
- 4.7 бесіда з родичами
- 4.8 пошук реабілітаційних закладів
- 4.9 оформлення міжнародних виплат
- 4.10 надання тимчасового притулку
- 4.11 пошук реабілітолога/масажиста в місцевих громадах
- 4.12 налагодження емоційних контактів між членами сім'ї
- 4.13 денний догляд

- 4.14 отримання контактів когось з родичів
- 4.15 натуральна допомога з отриманню одягу та їжі
- 4.16 психологічна допомога фахівця
- 4.17 контактні дані геріатричних центрів
- 4.18 контактні дані центрів надання адміністративних послуг
- 4.19 матеріальна допомога/оформлення
- 4.20 підписання декларації з сімейним лікарем
- 4.21 інше (зазначити) _____
- _____

*СЖО – складні життєві обставини.

1. Назва послуги _____
 Суб'єкт надання послуги _____

№ з/п	Очікувані результати щодо подолання чи мінімізації СЖО	Основні заходи, необхідні для досягнення результату	Термін виконання	Відповідальні за виконання	Примітки
1		1.			
		2.			
		3.			
2		1.			
		2.			
		3.			
3		1.			
		2.			
		3.			

2. Назва послуги _____
 Суб'єкт надання послуги _____

№ з/п	Очікувані результати щодо подолання чи мінімізації СЖО	Основні заходи, необхідні для досягнення результату	Термін виконання	Відповідальні за виконання	Примітки
-------	--	---	------------------	----------------------------	----------

1		1.			
		2.			
		3.			
2		1.			
		2.			
		3.			
3		1.			
		2.			
		3.			

Спеціалісти, залучені до реалізації плану

Прізвище ім'я по батькові	Посада	Контактний телефон	Примітки

Коментарі

Фахівець, який здійснює соціальний супровід клієнта _____

(підпис) _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

_____ 20__ року

(дата)

**Договір № _____
про нерозголошення конфіденційної інформації**

м. Львів

«____»

_____ **2022 року**

Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» в особі генерального директора **Самчука Олега Олеговича** (далі – «Сторона, яка володіє конфіденційною інформацією») та

_____ (ПІБ, дата народження)
паспорт серія _____ № _____, виданий
_____ який(а)
проживає за _____ адресою

_____ (далі – «Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію») – з іншої сторони, вищезазначені особи разом іменуються «Сторони» або окремо «Сторона», будучи попередньо ознайомленими з вимогами цивільного та господарського законодавства щодо недійсності правочинів, перебуваючи при здоровому розумі, ясній пам'яті та діючи добровільно, розуміючи значення своїх дій та правові наслідки укладеного договору, уклали цей договір (далі – «Договір») про наступне:

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. Терміни, що використовуються у Договорі, прописані з великої літери як в однині, так і в множині, мають наступне значення при його тлумаченні:

1.1.1. Інші особи – будь-які фізичні або юридичні особи всіх форм власності та підпорядкування, у тому числі органи державної влади, яким стали відомі відомості, які становлять Конфіденційну інформацію;

1.1.2. Конфіденційна інформація – Персональні дані, а також будь-яка інша інформація про Сторону, яка володіє конфіденційною інформацією, та яка стала відома Стороні, яка одержує конфіденційну інформацію.

1.1.3. Комерційна таємниця – інформація, яка є секретною в тому розумінні, що вона в цілому чи в певній формі та сукупності її складових є невідомою та не є легкодоступною для осіб, які звичайно мають справу з видом інформації, до якого вона належить, у зв'язку з цим має комерційну цінність та була предметом адекватних існуючим обставинам заходів щодо збереження її секретності, вжитих особою, яка законно контролює цю інформацію.

1.2. Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, отримала Конфіденційну інформацію виключно для виконання своїх посадових обов'язків та не має право використовувати її для будь-яких інших цілей.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

2.1. Відповідно до Договору Сторона, яка володіє конфіденційною інформацією, передає конфіденційну інформацію, а Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, отримує її та зобов'язується вживати всіх залежних від неї заходів, спрямованих на її нерозголошення.

2.2. Будь-яка передана інформація щодо персональних даних в тому числі **відомості про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз пацієнта, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні, розмір доходів працівників, персональні дані пацієнтів та працівників** вважається конфіденційною за даним Договором і щодо неї діє режим комерційної таємниці згідно з чинним законодавством України.

3. ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН

3.1. З моменту набрання чинності Договором Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, зобов'язується:

3.1.1. Не розголошувати конфіденційну інформацію, отриману нею від Сторони, яка володіє конфіденційною інформацією, Іншим особам, крім випадків, з підстав та у порядку, встановлених законом, та не використовувати Конфіденційну інформацію для своєї власної вигоди, за винятком використання такої інформації відповідно до цілей, визначених у п. 2.1. Договору. Вказаний обов'язок діє також протягом п'яти років після закінчення дії Договору, але в будь-якому разі до виконання Сторонами своїх зобов'язань за Договором.

3.1.2. Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, зобов'язується вжити всіх необхідних заходів для збереження Конфіденційної інформації, в тому числі:

3.1.2.1. Забезпечити доступ до Конфіденційної інформації тільки тим працівникам Сторони, яка одержує конфіденційну інформацію, які безпосередньо використовують зазначену інформацію у зв'язку з виконанням своїх трудових обов'язків. При цьому відповідальність перед Стороною, яка володіє конфіденційною інформацією, за порушення умов щодо конфіденційності такими працівниками буде нести Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію;

3.1.2.2. Забезпечити захищену Обробку конфіденційної інформації на технічних засобах, не підключених до мережі Інтернет, і доступ до яких дозволений тільки авторизованим користувачам;

3.1.2.3. Забезпечити надійне зберігання Конфіденційної інформації, яке не дозволить отримати доступ до неї неавторизованим особам, в тому числі поза робочим часом;

3.1.2.4. Не схилити до розголошення Конфіденційної інформації Інших осіб.

3.2. Сторона, яка володіє конфіденційною інформацією, має право проводити аналіз заходів, спрямованих на захист Конфіденційної інформації, вжитих Стороною, яка одержує. При відмові надати інформацію про вжиті Стороною, яка одержує конфіденційну інформацію, заходи щодо захисту Конфіденційної інформації чи

виявленні недоліки при її збереженні, Сторона, яка володіє конфіденційною інформацією, має право розірвати Трудовий договір достроково зі Стороною, яка одержує Конфіденційну інформацію, у порядку, встановленому чинним законодавством України.

4. ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

4.1. Усі спори, що виникають з Договору або пов'язані із ним, вирішуються шляхом переговорів між Сторонами.

Якщо відповідний спір неможливо вирішити шляхом переговорів, він вирішується в судовому порядку відповідно до чинного законодавства України.

4.2. Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, визнає, що несе повну відповідальність за будь-які дії чи бездіяльність, які прямо чи побічно призвели до розголошення Конфіденційної інформації третім особам.

5. РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ

5.1. У випадку подання Іншими особами позову до суду або вчинення інших юридично значущих дій, спрямованих на розголошення Конфіденційної інформації Сторона, яка володіє конфіденційною інформацією, зобов'язана негайно повідомити про це Сторону, яка володіє конфіденційною інформацією, та забезпечити їй в розумних межах таку допомогу, якої Сторона, яка володіє конфіденційною інформацією, буде вимагати для запобігання такому розголошенню.

5.2. Кожна Сторона зобов'язується не розголошувати факт існування та умови Договору без попередньої письмової згоди іншої Сторони.

5.3. Жодна зі Сторін не може передавати чи іншим шляхом уступати повністю чи частково, свої права та/або обов'язки за Договором без попередньої письмової згоди на це іншої Сторони.

5.4. Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, з письмової згоди Сторони, яка володіє конфіденційною інформацією, може надати доступ до Конфіденційної інформації (але не передачу такої інформації) іншим особам. У такому випадку Сторона, яка одержує конфіденційну інформацію, несе повну відповідальність перед Стороною, яка володіє конфіденційною інформацією, за дотримання Іншими особами режиму конфіденційності стосовно розкритої інформації за правилами розділу 4.

5.5. Конфіденційна інформація є одноосібною власністю Сторони, володіє конфіденційною інформацією.

6. ДІЯ ДОГОВОРУ

6.1. Договір вважається укладеним і набирає чинності з моменту підписання його Сторонами та скріплення печатками Сторін.

6.2. Строк дії Договору починає свій перебіг з моменту, визначеного у п. 6.1. Договору та припиняє свою дію через 5 років, але в будь-якому разі до виконання Сторонами всіх зобов'язань за Договором.

6.3. Зміни до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, оформленою додатковою угодою, яка є невід'ємною частиною Договору.

6.4. Зміни до Договору набирають чинності з моменту підписання та скріплення печатками Сторін відповідної додаткової угоди, якщо інше не встановлено додатковою угодою або чинним законодавством.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Всі правовідносини, що виникають з Договору або пов'язані із ним, у тому числі пов'язані з укладенням, виконанням, зміною та припиненням Договору, тлумаченням його положень, визначенням наслідків недійсності або порушення Договору, регламентуються Договором та відповідними нормами чинного законодавства, а також застосованими до таких правовідносин звичаями ділового обороту на підставі принципів добросовісності, розумності та справедливості.

7.2. Після підписання Договору всі попередні переговори за ним, листування, попередні договори, протоколи про наміри та будь-які інші усні або письмові домовленості Сторін з питань, що так чи інакше стосуються Договору, втрачають юридичну силу, але можуть братися до уваги при тлумаченні умов Договору.

7.5. Всі рукописні виправлення за текстом Договору, здійснені у будь-якому оригінальному його примірнику, мають юридичну силу та можуть братися до уваги виключно за умови, що вони у кожному окремому випадку датовані, засвідчені підписами Сторін та скріплені їх печатками.

7.7. Якщо будь-яке окреме або декілька окремих положень Договору будуть визнані судом недійсними, Договір (інші положення Договору) вважається дійсним ніби таких недійсних положень Договору ніколи не існувало.

7.8. Договір складений при повному розумінні Сторонами його умов та термінології українською мовою у двох автентичних примірниках, які мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної зі Сторін.

8. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН

**СТОРОНА, ЯКА ВОЛОДІЄ
ЯКА ОДЕРЖУЄ
КОНФІДЕНЦІЙНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ
ІНФОРМАЦІЮ**

**СТОРОНА,
КОНФІДЕНЦІЙНУ**

**КНП «1 територіальне
медичне об'єднання м.
Львова»**

(ПІБ)

Паспортні

да

Реєстраційний номер облікової картки платни
податків

Генеральний директор

гел.

Самчук

О.О.

(підпис)

(ініціали, прізвиш

Оцінка потреб

Відповідальний соціальний працівник

КАРТКА КЛІЄНТА

Дата оформлення картки клієнта _____

Код клієнта в проєкті	Дата потрапляння в лікарню	Дата виписки з лікарні	Дата народження	Контактний номер телефону	Адреса	Посвідчення ВПО
Лікар-куратор			Поверх			Міжнародні виплати
Фізичний терапевт/Ерго-терапевт			Палата			

Чи наявні у вас документи?

 Паспорт Ідентифікаційний код Посвідчення особи інвалідності (група) _____

Пенсійне

Як ви отримали травму?

Додаткова інформація _____

Фактори сім'ї

Чи є у вас сім'я/родичі/опікуни/близькі? (Їх прізвище, ім'я, по батькові, родинний зв'язок, контактний номер телефону)	Де зараз перебуває ваша сім'я/родичі/опікуни/близькі?	Чи має ваша сім'я/родичі/опікуни/близькі можливість вас відвідувати, піклуватись про вас?	Чи потребує ваша сім'я/родичі/опікуни допомоги? Якої саме?

--	--	--	--

Додатково

Потреби клієнта

Емоційний стан (як особа себе поводить, спокійно, виважено; тривожно, замкнуто; агресивно, не контролює свою поведінку, тощо)

Чи потрібна вам допомога у закупівлі?	
Ліків	
Продуктів	
Одягу	
Засобів реабілітації	
Чи потрібна вам ще якась допомога?	

Прізвище _____ Ім'я _____ По-батькові _____

Стать: Ж Ч

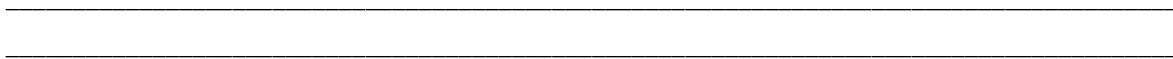
Потреби пацієнта після виписки

Чи знаєте ви свої подальші кроки після виписки?

Чи маєте ви житло, куди поїдете після виписки?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якого виду житла потребує пацієнт?	<input type="checkbox"/> Тимчасове <input type="checkbox"/> Постійне
На який час?	

Чи є родичі або близькі люди, які будуть вас доглядати?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
---	--

Якого виду допомога вам ще потрібна?



План роботи з клієнтом

Відповідальний соціальний працівник

Індивідуальний код клієнта

Випадок Простий Середньої складності Складний Екстрений

Соціальні послуги	Обрати
Інформування	<input type="checkbox"/>
Консультування	<input type="checkbox"/>
Посередництво	<input type="checkbox"/>

Опис потреб

1. Назва послуги _____

Суб'єкт надання послуги _____

№ з/п	Очікувані результати щодо подолання чи мінімізації СЖО	Основні заходи, необхідні для досягнення результату	Термін виконання	Відповідальні за виконання	Примітки
1		1.			

		2.			
		3.			
2		1.			
		2.			
		3.			
3		1.			
		2.			
		3.			

Спеціалісти, залучені до реалізації плану

Прізвище ім'я по батькові	Посада	Контактний телефон	Примітки

Коментарі

_____ 20__ року